FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° THÈSE Année 1911

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

M. Paul MAUGIS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

né à Saligny (Yonne), le 24 septembre 1884

LA HANCHE A RESSORT

Président : M. LE PROFESSEUR RECLUS

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1911

A TOUS MES MAITRES

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

AVANT-PROPOS

—

Je suis heureux d'adresser ici l'hommage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect à mon Maître M. le docteur Mouchet, chirurgien des Hôpitaux, qui m'a fait l'honneur de me confier le sujet de ce travail, et qui n'a cessé de me soutenir de ses précieux conseils et de ses encouragements.

Je n'oublierai pas non plus mon excellent camarade E. Aine, interne des Hôpitaux, dont la connaissance approfondie de la langue allemande m'a souvent été du plus précieux secours, et dont j'ai souvent mis l'obligeance à contribution. Je tiens à le remercier ici, en lui renouvelant l'assurance de toute mon amitié.

Mes remerciements vont aussi à M. le Dr Gastou, chef du laboratoire de l'Hôpital Saint-Louis, à l'obligeance duquel je dois les belles photographies et les radiographies reproduites dans ce travail.

Je prie enfin M. le professeur Reclus, qui me fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, d'agréer l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Lorsque, pour la première fois, au commencement de cette année, notre Maître, M. Mouchet, prononça devant nous le terme de « Hanche à Ressort », cette expression nous intrigua et piqua vivement notre curiosité. En cherchant dans la littérature des compléments à nos connaissances restreintes sur cette bizarre affection, nous fûmes frappé du nombre et de l'importance des publications allemandes, contrastant avec la rareté ou la brièveté des études françaises.

La rareté des observations publiées, les controverses que de tout temps suscita son problème pathogénique, les rapports étroits que la question présente avec les accidents de travail nous ont paru légitimer la confection d'une thèse d'un certain intérêt.

Il est à croire, d'ailleurs, que la question, après avoir longtemps sommeillé, commençait à intéresser le monde médical et devenait tout à coup d'actualité, puisque, pendant que nous préparions ce travail et que nous faisions paraître avec notre Maître une courte Revue Générale, de nombreux travaux voyaient successivement le jour.

Notre prétention n'est pas d'imposer une conception pathogénique nouvelle, ajoutée à tant d'autres, dont le nombre n'a d'égal que l'insuffisance. Plus modeste a été notre but et nous nous contenterons de présenter au lec-

teur, aussi brièvement et aussi clairement que possible, l'état actuel de la question, en lui soumettant notre façon d'interpréter les faits, qui n'est pas celle de tous les auteurs.

Nous avons tenu à contrôler scrupuleusement toutes les théories émises et les points anatomiques un peu spéciaux qui peuvent les éclairer, et nous n'avons négligé aucune recherche : radiographies, dissections, recherches sur le cadavre, capables de les confirmer ou de les démentir. Mais nous ne nous sommes pas, comme ont tendance à le faire la plupart des auteurs, uniquement intéressé à la solution du problème pathogénique au détriment de la description clinique elle-même : nous avons donné à celle-ci la place qui lui convenait, et nous avons en outre traité un peu spécialement certains chapitres qui nous ont semblé le mériter.

Nous nous estimerons satisfait si ce modeste travail parvient à exposer clairement les faits et à intéresser le lecteur à une question qu'il n'est pas inutile de connaître à fond, à un moment où le médecin est si souvent aux prises avec les difficultés inhérentes à l'application de la loi sur les accidents du travail.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

La Hanche à Ressort (1) est une affection curieuse, un phénomène, pourrait-on dire, plutôt qu'une affection, dont le signe le plus frappant consiste en un claquement sec et brusque, se déclanchant comme un ressort, suffisamment intense pour être entendu à distance, et se produisant au niveau de la hanche, soit pendant la marche, soit au repos dans une attitude spéciale du sujet.

Si nous admettons cette définition, qui n'est en somme que le développement de celle qu'a donnée Ferraton, et qui a l'avantage d'évoquer le signe le plus intriguant et qui le premier attire l'attention, il nous faut reconnaître, à l'encontre de l'opinion généralement admise, deux variétés bien distinctes de Hanche à Ressort, que nous diviserons, avec Gaugele, en :

1° Hanche à Ressort articulaire, variété la plus rare, bien qu'étant celle qui mériterait le plus la dénomination de « Hanche à Ressort », due à une subluxation intermittente de la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde ;

2° Hanche à Ressort périarticulaire, de beaucoup la plus fréquente, mais qui n'est qu'une fausse Hanche à Ressort, puisque le bruit ne se produit pas dans l'articulation même, mais plus superficiellement, et est provoqué

(1) « Schnappende » ou « Schnellende Hüfte » des Allemands — « Snapping hip » des Anglais.

par un ressaut musculaire ou fibreux sur le grand trochanter (que ce ressaut soit dû au glissement du bord antérieur du fessier, comme nous le croyons, ou à celui d'une bande fibreuse préfessière, comme le veulent d'autres auteurs, appelée différemment suivant les cas : bandelette de Maissiat, « tractus ilio-tibialis », « tractus cristo-femoralis »).

Cette seconde variété est encore désignée par quelques auteurs par le terme de : « Maladie de Perrin-Ferraton », du nom de ceux qui en ont publié les premiers cas. Nous croyons qu'il serait plus juste, comme nous le verrons bientôt, de l'appeler « Maladie de *Morel-Lavallée-Ferraton* », car si c'est au cours de la présentation du malade de Perrin que Morel-Lavallée eut l'occasion d'émettre sa théorie pathogénique, il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui a donné à l'affection sa véritable pathogénie et l'a rayée du cadre des luxations volontaires, dans lequel son collègue du Val-de-Grâce voulait la faire rentrer.

Nous ne pouvons à ce propos que regretter la confusion qu'entraîne cette terminologie, imagée sans doute, mais vicieuse, de « Hanche à Ressort ». En effet, la véritable Hanche à Ressort se trouve être constituée par la variété la plus rare, à laquelle beaucoup d'auteurs refusent droit de cité, et ce terme sert à désigner une affection à laquelle l'articulation elle-même est complètement étrangère. La confusion augmente encore par ce fait qu'on a décrit des cas de « Cuisse à Ressort » (1) qui intéressent plus ou moins l'articulation coxo-fémorale. Il est donc indispensable, sinon de rejeter absolument ce terme presque consacré aujourd'hui, du moins de le faire suivre du nom de la variété auquel il s'applique, ou de ces expressions développées,

(1) Carlier, Thèse de Paris, 1888-89. Observation XXIII, p. 96.

« subluxation intermittente de la tête femorale » et « ressaut fessier-trochantérien ».

Nous n'avons pas la prétention, dans ce court travail, de retracer en détail l'histoire de la subluxation intermittente de la tête fémorale, dont l'étude, d'ailleurs, manque encore d'unité et de netteté, en raison de la confusion dont elle a été longtemps l'objet avec le ressaut trochantérien ; nous ne ferons qu'en parler assez rapidement en nous appuyant sur les quelques observations qu'il nous a été possible de recueillir et qui offrent le plus de garanties de réalité. Nous renverrons pour le reste le lecteur aux travaux déjà parus et aux observations, dont la justesse a pu nous laisser quelque doute.

Nous aurons surtout en vue l'étude de la Hanche à Ressort par ressaut trochantérien, variété la plus fréquente et qui offre le plus d'intérêt à cause du problème non encore élucidé de sa pathogénie.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'histoire de la Hanche à Ressort est intimement liée au souvenir d'une discussion célèbre de la Société de Chirurgie de Paris, qui s'éleva à la séance du 27 juillet 1859 (1), à propos de la présentation du malade de Maurice Perrin. L'auteur ayant annoncé que son sujet présentait une subluxation volontaire de la tête fémorale, un désaccord survint bientôt au sujet du degré de raccourcissement du membre et de l'absence de certains signes primordiaux de luxation. Il ne fallut rien moins, pour trancher la question, que la nomination d'une commission de quatre membres, qui d'ailleurs ne tarda pas à reconnaître qu'il ne s'agissait nullement de subluxation. De tout ce débat se dégage le nom de Morel-Lavallée, qui, avec une perspicacité qui lui fait honneur, sut entrevoir immédiatement une pathogénie qui ne devait être que confirmée par la suite. Sur la foi de la sensation si nette que lui avait procurée la palpation, Morel-Lavallée affirma, et finit par en convaincre ses collègues, « que le mouvement et le bruit se produisaient par l'action d'un muscle qui glisse et tressaille sur le grand trochanter ».

Le premier cas de Hanche à Ressort périarticulaire était dès lors découvert. Tout l'intérêt de la nouvelle ques-

(1) *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 27 juillet 1859, p. 12, et *Gazette des Hôpitaux*, 1859, pp. 367 et 379.

tion ne prit pas fin avec la séance ; la curiosité et l'amour-propre entrant en jeu, Morel-Lavallée et Perrin cherchèrent une confirmation de leurs théories réciproques et se livrèrent chacun de leur côté à des expériences sur le cadavre. La séance suivante du 3 août fut en partie employée à transmettre le résultat de ces recherches : fait bizarre, les théories des deux adversaires, subluxation et ressaut fessier, se trouvèrent également confirmées ! et les choses en restèrent là. Succédant au feu de la première discussion, l'oubli ne tarda pas à se faire sur la nouvelle affection, à laquelle d'ailleurs on avait négligé de donner un nom.

Devons-nous considérer comme des Hanches à Ressort le cas « d'attitude hanchée hystérique avec scoliose » que publie Wertheim Salomonson en 1900 (1) et les 3 cas analogues de Schœmaker l'année suivante (2), tous quatre présentés comme des subluxations du fémur ? La chose est douteuse, car ces observations, bien qu'assez détaillées, manquent de précision. Certaines attitudes qui ressemblent étrangement à celles que nous décrirons plus loin, le signalement de « quelque chose qui saute dans la hanche » semblent plaider en faveur d'un ressaut trochanterien, tandis que le raccourcissement du membre et les troubles fonctionnels, qui ne permettent la marche qu'avec des béquilles, paraissent légitimer le diagnostic de subluxation. Nous sommes en vérité bien embarrassé de ranger ces cas dans l'une ou l'autre variété ; le fait qu'il s'agit de sujets manifestement hystériques nous décidera à ne pas en tenir compte.

Il faut en réalité arriver jusqu'en janvier 1905, c'est-à-dire 46 ans après la communication de Perrin, pour trouver

(1) *Nederl. tydschr. v. Geneesk.*, 3 février 1900.
(2) *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, 1901. Bd. 8, p. 444.

une observation complète et indéniable de Hanche à Ressort. Ce cas, décrit par un autre médecin militaire, Ferraton (1), offre cet intérêt particulier d'avoir fait l'objet de la première intervention, qui confirma d'une façon éclatante la pathogénie de Morel-Lavallée. Ignorant la communication de Perrin, Ferraton crut même avoir découvert la nouvelle maladie, et c'est lui qui la baptisa du nom de Hanche à Ressort, qui sert depuis à la désigner.

En juin de la même année, Rocher présentait à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux un enfant atteint de « tic volontaire de la hanche gauche ». Cet enfant avait, en réalité, une Hanche à Ressort, mais Rocher, n'ayant pas connaissance des publications de Perrin et de Ferraton, n'avait pas su poser un diagnostic précis.

L'année suivante ne devait pas apporter un gros contingent nouveau à ces deux seuls cas connus ; par contre, l'analogie du cas de Ferraton et de celui de Perrin met à l'ordre du jour l'étude des subluxations intermittentes du fémur. En avril 1906, Braun (2) étudie la question et esquisse les règles du diagnostic différentiel. Il publie l'observation intéressante d'une malade atteinte de subluxation fémorale guérie par une opération. A la fin de son travail, il réunit 26 cas analogues, ou qu'il donne comme tels ; mais la plupart manquent de détails et de preuves scientifiques et on est en droit de se demander si quelques-uns n'ont pas été confondus avec des ressauts fessiers trochanteriens. C'est ensuite M. Mouchet qui publie un cas de subluxation dans la coxa vara (3), observé en 1903

(1) *Revue d'Orthopédie*, janvier 1905, p. 45.
(2) *Arch. f. klin. Chir.*, 1906. Bd. 80, pp. 526-550.
(3) *Clin. et Thérapeut. spéciales* (Manuel du praticien), 1906, pp. 56, 57, Paulin, éditeur.

chez le Dentu ; un autre cas identique qu'il a observé dans le service de M. Broca est relaté dans la thèse de Poiffant (1) vers la même époque.

Puis, les observations de ressaut fessier commencent à apparaître. Guermonprez en signale une en mai dans le *Journal des sciences médicales de Lille* (2), qu'il accompagne d'un article intéressant et original et Rocher en présente deux nouvelles, dont une auto-observation, en octobre, à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiâtrie de Bordeaux.

L'année 1907 va voir des travaux plus importants, au cours desquels les opérations et la radiographie chercheront à élucider la véritable pathogénie de l'affection. C'est tout d'abord la publication du professeur Bayer (3), de Prague, qui rapporte le premier succès obtenu par l'intervention dans un cas de Hanche à Ressort périarticulaire, puis celle du professeur Kusnetzow (4), de Varsovie, avec deux observations nouvelles concernant des militaires. C'est ensuite une courte revue de la question, non signée et assez incomplète, qui paraît en septembre dans la *Semaine médicale* (5). Pendant ce temps, la Hanche à Ressort articulaire fait de nouveaux adeptes. Preiser (6) nous relate deux cas de subluxation habituelle du fémur, à l'un desquels se combinait un ressaut fessier bilatéral, et Ch. Nelaton (7), le 5 novembre, parle à l'Académie de médecine d'un nouveau traitement de la Hanche à Ressort, en présentant un malade atteint de subluxation intermittente guéri par son ingénieux procédé. Le 21 novembre, M. Ho-

(1) *Thèse de Paris*, 1905-06 ; la Coxa vara, p. 16.
(2) *Journ. des sc. méd. de Lille*, nos 19 et 20, pp. 432-446 et 457-468.
(3) *Archiv. f. klin. chir.* Bd. 82, 1907, p. 266.
(4) *Russki Vratch*, t. VI, no 20, 1907, p. 670.
(5) *Semaine médicale*, 1907, 4 sept., no 36, p. 424.
(6) *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, 1907, Bd. 18, pp. 112-120.
(7) *Archives générales de chirurgie*, 1908, p. 56.

rand (1), à la Société de Chirurgie de Lyon, tire de ses archives l'histoire ancienne d'une jeune fille observée par lui à l'Antiquaille en 1874, et dont le diagnostic, incertain jusqu'alors, lui était apparu à la lecture de l'article de la *Semaine médicale*. — Le 19 décembre, enfin, le médecin-major Pagnier (2) présente un nouveau cas à la Société de Médecine militaire française.

L'année 1908 marque encore un progrès sur la précédente par le nombre de ses travaux. En janvier paraît l'auto-observation du Dr Bruneau (3), dans le *Journal des sciences médicales de Lille*. En février, Fiévet (4) rapporte à la Société anatomo-clinique de Lille l'auto-observation d'un de ses camarades, étudiant en médecine, et fait part de la découverte qu'il a faite du phénomène sur plusieurs cadavres. Le même mois, Ahern (5) publiait un autre cas dans le *Bulletin médical de Québec*. En mars, paraissent trois publications importantes de Kukula (6), dans lesquelles il apporte trois faits nouveaux minutieusement étudiés, s'accompagnant de radiographies et des résultats d'expériences cadavériques très détaillées. — En avril, nouvelle communication de Pagnier (7) à la Société de médecine militaire française de deux cas nouveaux, suivie des discussions de Picqué (8), puis de Dejouany (9), aux séances du 21 mai et du 2 juillet à propos de la pathogénie. En mai, paraissent deux études complètes de la question qui nous viennent encore d'Allemagne : l'une de

(1) *Bulletin de la Soc. de Chir. de Lyon*, 21 nov. 1907, et *Lyon médical*, 1907 (1er semestre), t. CIX, p. 1130.
(2) *Bullet. de la Soc. de méd. milit. franç.*, n° 19, 19 déc. 1907, p. 702.
(3) *Journal des Sciences médic. de Lille*, 11 janv. 1908, p. 38.
(4) *Société anatomo-clinique de Lille*, 21 févr. 1908.
(5) *Bulletin médical de Québec*, février 1908, t. IX.
(6) *Wiener klin. Rundschau*, mars 1908, pp. 161-178-194.
(7) *Bullet. de la Soc. de méd. milit. franç.*, n° 7, 2 avril 1908, p. 230.
(8) *Bullet. de la Soc. de méd. milit. franç.*, n° 10, 21 mai 1908, p. 327.
(9) *Bulletin de la Soc. de méd. milit. franç.*, 2 juillet 1908, p. 408.

von Brùnn (1) avec l'observation d'une malade qui fit l'objet d'une double intervention, à quelques mois d'intervalle, l'autre de Pupovac (2), accompagnée de photographies et de radiographies, apportant encore une nouvelle opération. Le 26 septembre, R. Horand (3) écrit, dans la *Gazette des hôpitaux*, une courte revue générale, qui est loin d'apporter tout le jour désirable sur la question, car bon nombre d'auteurs et d'observations n'y figurent pas ; par contre, il relate deux observations inédites qu'il doit au professeur Jaboulay. Enfin, en novembre, Mériel (4) présente à la Société de Chirurgie de Paris une observation qui n'a pas encore été rapportée.

L'année 1909 est caractérisée par l'apparition de publications presque uniquement allemandes qui apportent à la question 11 observations nouvelles, 2 nouvelles opérations et d'importantes théories pathogéniques. C'est d'abord le travail de Zur Verth (5), qui donne le premier essai de classification des types cliniques ; le Mémoire assez complet de Staffel (6); la publication de Hohmann (7), partisan des deux variétés articulaire et périarticulaire de Hanche à Ressort. Puis ce sont les communications successives de Dossmar (8), en mars, à la Société Hüfeland de Berlin ; de Thiéry (9), en octobre, au 22e Congrès français de Chirurgie; de Küttner (10), en décembre, à la Société de Chirurgie de Breslau, et à quelques jours d'intervalle, celle

(1) *Beiträge z. klin. Chir.*, 1908, Bd. 58, pp. 121-137.
(2) *Wiener klin. Wochenschrift*, 1908, Bd. 21, p. 681.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 26 sept 1908, n° 110, p. 1314.
(4) *Bullet. de la Soc. de Chir. de Paris*, 5 nov. 1908.
(5) *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1909, Bd. 98, pp. 47-63.
(6) *Archiv. f. klin. Chir.*, 1909, Bd. 91, pp. 49-64.
(7) *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, 1909, Bd. 24, pp. 120-128.
(8) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1909, n° 13, p. 615.
(9) *22e Congrès franç. de Chir.*, 5 oct. 1909, pp. 293-296.
(10) *Berliner klin. Wochenschrift*, 17 janv. 1910, p. 121, et *Zentralblatt f. Chir.*, 1910, n° 6, p. 198.

de Willige (1). Il faut encore noter, au cours de cette même année, le travail important de Rocher (2), « Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle fessier à propos de la pathogénie de la Hanche à Ressort », paru en octobre dans le *Journal de médecine de Bordeaux*.

En 1910, l'Angleterre apporte sa contribution à l'étude de l'affection, et en avril Cotterill (3) publie l'observation d'un homme qu'il a opéré. Le même mois, MM. Got et Balard présentent à la Société d'Anatomie de Bordeaux des pièces anatomiques provenant d'un sujet de 55 ans atteint de Hanche à Ressort. En août, Gross et Heully (4) publient un nouveau cas détaillé qui fit l'objet d'une intervention. Schepers (5), dans sa thèse sur le tractus fémoral, rapporte ensuite très brièvement une intervention de Zur Verth ; puis Gaugele (6) fait paraître un mémoire assez long, dans lequel il relate 3 observations, dont 1 de Hanche à Ressort articulaire et 2 de Hanche à Ressort périarticulaire. Walther Kohn (7) publie le cas qu'il observa et qui fut opéré dans le service de Bayer, et Von Brunn fait paraître un nouvel article (8).

L'année 1911 ne reste pas en retard sur ses devancières, et il semble que la question devienne tout à fait d'actualité, puisque successivement, et à quelques jours d'intervalle, paraissent, le 14 et le 21 mars, la *Revue générale* de Rocher dans la *Gazette des Hôpitaux* avec 6 cas nouveaux ; le 1er mai, l'observation et les détails de l'opération de

(1) *Münchener medizin. Wochenschr.*, 15 mars 1910, n° 11, p. 607.
(2) *Journal de médecine de Bordeaux*, oct. 1909, pp. 536, 678, 694.
(3) *Edinburgh medical Journal*, avril 1910, vol. IV, n° 4.
Compte rendu in *Zeitschr. f. orth. Chir.*, 1910, Bd. 26, p. 757.
(4) *Revue médicale de l'Est*, 1er août 1910, p. 468.
(5) *Inaug. dissertat.*, Berlin, mars 1910, n° 132.
(6) *Zeitschr. f. orth. Chir.*, — 1910, Bd. 27, pp. 132-145.
(7) *Archiv. f. klin. chir.*, 1910, Bd. 93, p. 553.
(8) *Deutsche Chir.*, Stuttgart, 1910. Lief. 66, pp. 589-595.

Nélaton (1) dans la *Revue d'Orthopédie;* le 10 mai, le commencement du mémoire de Heully dans la *Revue de Chirurgie* (2); le 20 mai, la *Revue générale* que nous signions avec notre Maître M. Mouchet dans *Paris Médical* (3), et, le 22 mai, la thèse de doctorat de Cluzeau, à Bordeaux, contenant son auto-observation.

Pour être complet, il nous faut signaler encore la communication toute récente de M. Mouchet à la *Société de Chirurgie* (séance du 24 mai), qui eut surtout en vue la discussion de quelques points de détails (4).

En réunissant toutes les observations publiées dans les travaux précédents, sans tenir compte des cas douteux ou insuffisamment détaillés, nous arrivons au chiffre de 52 observations indiscutables de Hanche à Ressort, parmi lesquelles 6 concernent la Hanche à Ressort articulaire, 45 la Hanche à Ressort périarticulaire, et une seule se rapporte à une combinaison de subluxation avec le ressaut fessier (5).

A ce chiffre nous devons ajouter 7 observations inédites que nous apportons de ressaut fessier trochanterien, dont 4 nous sont personnelles, ce qui porte en définitive à 59 le nombre de cas de Hanche à Ressort connus jusqu'à présent, soit 6 cas de subluxation intermittente, 52 cas de ressaut fessier trochantèrien, et 1 combinaison de ces deux variétés.

C'est ce chiffre qui constitue notre matériel d'études ; le lecteur trouvera au complet ces observations à la fin de cet ouvrage, soit *in extenso*, soit légèrement résumées.

(1) *Revue d'Orthopédie*, 1er mai 1911, n° 3, p. 275.
(2) *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1911, p. 575.
(3) *Paris Médical*, 20 mai 1911, n° 25, p. 575.
(4) Cette communication doit être rapportée incessamment par M. Rieffel, en même temps que l'observation de Mériel.
(5) Pendant que ce travail était à l'impression, nous prenions connaissance d'une publication allemande de Voelker (*Beitrage z. klin. Chir.*, Bd. 72, 1911, p. 619) apportant 4 observations nouvelles de Hanche à Ressort périarticulaire et un nouveau procédé opératoire.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

I. — Fréquence. — Le long espace de temps qui s'est écoulé entre la présentation de Perrin et la publication de Ferraton, le petit nombre d'observations publiées depuis pourraient faire croire que la Hanche à Ressort est une affection des plus rares. Il n'en est rien cependant, et l'ignorance dans laquelle on est resté à son sujet tient à ce fait qu'elle constitue souvent moins une infirmité qu'une curiosité. Déterminant rarement des symptômes inquiétants, les malades la négligent, et il a fallu que la simulation attire l'attention sur elle pour que les médecins s'en occupent et l'étudient. En réalité, il est facile de constater qu'à mesure que la connaissance de l'affection s'est répandue, les cas se sont multipliés et il se passera vraisemblablement pour elle ce qui s'est passé pour toutes les affections nouvelles, la coxa vara, par exemple, les cas en deviendront si nombreux qu'on n'y portera même plus attention. S'il est vrai que la Hanche à Ressort est une particularité souvent latente, nos recherches, qui ont porté sur un petit nombre de nos camarades et qui nous ont permis de réunir 4 nouveaux cas en l'espace de quelques semaines, le fait, d'autre part, que l'affection a le plus souvent été constatée chez des médecins, nous mettent en droit d'affirmer qu'elle ne constitue pas une rareté pathologique.

II.— Causes déterminantes. — Dans l'étude de ces causes, deux cas bien distincts sont à considérer : ou bien l'affection a succédé à un *traumatisme*, ou bien elle s'est installée *insidieusement* et n'a été remarquée que tout à fait par hasard.

La première de ces causes n'est pas à négliger, quoi qu'en pensent certains auteurs qui ont voulu ne faire de la Hanche à Ressort que l'exagération d'un phénomène purement physiologique.

Vingt-deux fois, en effet, nous trouvons le traumatisme signalé, parfois assez grave et presque toujours intéressant la hanche même. C'est tantôt une chute de cheval (obs. VIII), une chute sur le sol ou sur un obstacle (obs. XII, XIII, XIV, XXXII, XXXIV, XLI, LIII), une chute sur des dalles avec un fardeau de 120 kg. (obs XV); une chute d'un lieu élevé (obs. XIX, XXXVI, XLII, XLV); tantôt une contusion plus ou moins forte de la hanche (obs. X, XXV). Quelquefois le traumatisme n'a pas été défini : c'est un accident de chemin de fer (obs. XXVI); d'autre fois ce n'est qu'une ascension fatigante dans la montagne (obs. XI) ou une fatigue prolongée (obs. XLIII).

La Hanche à Ressort articulaire n'échappe pas à ce facteur étiologique et on retrouve le traumatisme plus ou moins grave signalé dans les observations I, V, VI, VII.

Le premier craquement s'observe la pluplart du temps dans les jours qui suivent l'accident, lorsque le malade commence à se lever, ou que la diminution des douleurs permet quelques essais de marche : plus rarement il ne s'installe qu'à plus longue échéance, 3 mois ou 7 mois après dans deux cas (obs. XLII, XLV), 8 ans après dans un autre (obs. XXXIV).

De tels exemples ne permettent pas de négliger un facteur aussi important, tout en reconnaissant volontiers

que souvent l'affection apparaît spontanément et sans cause appréciable. On invoqua tour à tour dans ce cas le rhumatisme (obs. IX), le nervosisme ou l'hystérie (obs. XXIV, XXVII, XXXV, XL), mais sans que l'on puisse se rendre bien compte de leur mécanisme. Nous croyons plus raisonnable d'invoquer alors une disposition congénitale du sujet à subluxer sa hanche ou à faire ressauter son fessier sur le trochanter.

III. — Causes prédisposantes. — L'étude des causes prédisposantes, sans présenter beaucoup d'intérêt, nous fournit cependant l'occasion de quelques remarques intéressantes.

a) Age. — L'affection se rencontre avec un maximum de fréquence entre 20 et 25 ans ; mais Rocher l'a constatée chez un enfant de 10 ans (obs. XLVI) et Horand chez une petite fille de 11 ans (obs. XIV). Le malade de Perrin présentait le ressaut depuis l'âge de 10 ans (obs. VIII). Par contre, Preiser l'a vue chez un homme de 44 ans (obs. V) et le blessé de Thiery en avait 48 (obs. XXXVI).

b) Sexe. — La Hanche à Ressort semble avoir une prédilection marquée pour le sexe masculin, puisque, sur nos 59 observations, 47 cas concernent les hommes et 12 seulement les femmes. Cette prédominance masculine est facilement explicable si l'on songe que la femme est moins sujette que l'homme au traumatisme, et a moins d'occasions que lui de mettre en valeur une affection dont elle ne souffre pas (simulation, accidents du travail etc...).

c) Profession. — La profession du malade ne paraît avoir d'influence que par les chances de traumatisme ou de fatigue qu'elle apporte. Nous trouvons la Hanche à Ressort signalée 7 fois chez des soldats, 11 fois chez des ouvriers ou des paysans, 1 fois chez un homme « occupant une haute position sociale », 1 fois chez une institutrice et 14 fois chez des médecins ou des étudiants en médecine. En dehors de la

fréquence plus grande de l'affection chez les médecins qui, sachant mieux s'observer, peuvent mieux la découvrir, sa fréquence relative chez des soldats et des ouvriers mérite d'être notée ; elle s'expliquera plus facilement lorsque nous parlerons de la simulation.

d) Constitution du sujet. — L'étude en offre un certain intérêt ; car elle a été diversement interprétée ; quelques auteurs ayant même voulu baser sur elle une théorie pathogénique. Dans la majorité des observations, le sujet est vigoureux et fortement musclé, et cette condition a été signalée comme indispensable pour la production du phénomène. Pour notre part, nous croyons qu'il ne faut pas plus attacher d'importance à la constitution qu'à la profession du malade. Si beaucoup sont fortement musclés, bon nombre sont de constitution moyenne (obs. XV, LVII) ou faiblement bâtis et à musculature peu développée (obs. XII, XIII, XXV, XLIX). Le malade de Ferraton présentait une légère atrophie de la cuisse droite et Pupovac constatait à l'opération une atrophie des muscles fessiers chez le sien. Enfin il ne faut pas oublier que l'affection s'est rencontrée chez de jeunes enfants et chez des femmes dont la musculature n'est jamais aussi développée que celle de l'homme. Le développement du tissu adipeux n'a jamais été signalé ; nous ne l'avons constaté que deux fois dans nos cas personnels ; peut-être jouerait-il un plus grand rôle que le développement musculaire ?

e) Le coté qui est le siège du phénomène est indifféremment le côté droit ou le côté gauche (17 cas pour le côté droit, 18 pour le côté gauche). Douze fois la Hanche à Ressort était bilatérale, mais 5 fois il y avait une ébauche du phénomène du côté opposé ; il est à remarquer que dans ce cas l'affection est d'origine congénitale. (Sept fois le côté n'était pas signalé.)

f) Il est une autre influence qu'il faut aussi noter, c'est celle de la Statique, bien que son rôle soit des plus obscurs Dans un cas de Preiser cependant (obs. V). le sujet était atteint de genu valgum et de pieds plats des deux côtés, et la Hanche à Ressort disparut avec le port de semelles spéciales. Bruneau (obs. XVI) signale un cor plantaire qui lui a fait dévier le pied au début de l'affection ; devons-nous rechercher un rapport de cause à effet entre cette particularité et le phénomène considéré, de même qu'entre la résection du genou et le ressaut consécutif de la hanche, chez une malade de Jaboulay (obs. XXVII)? Il est permis d'en douter fortement.

g) Quant au rôle que peuvent jouer les Affections antérieures, c'est là un point encore peu étudié. Nous avons vu l'influence que l'on a voulu faire jouer au rhumatisme, au nervosisme et à l'hystérie. Dans un autre ordre d'idées, il est permis de penser qu'une luxation antérieure, une fracture ou une ostéomyélite du rebord cotyloïdien peuvent singulièrement faciliter la production d'une subluxation intermittente ultérieure, ou qu'une rétraction cicatricielle ou inflammatoire du bord antérieur du grand fessier, une exostose de la face externe du trochanter peuvent déterminer le ressaut du muscle sur cette apophyse.

CHAPITRE IV

TYPES CLINIQUES

Les conditions étiologiques bien distinctes que nous venons de signaler doivent, dès maintenant, nous convaincre de la nécessité d'une différenciation clinique de la Hanche à Ressort. Cette nécessité s'affirmera encore par certaines différences que nous constaterons dans l'étude de la description et des troubles fonctionnels.

Aussi bien, plusieurs auteurs avaient déjà reconnu ce besoin de division et s'étaient efforcés de donner une classification. Les uns, comme Kukula, Hohmann, Gaugele, se sont simplement contentés de différencier la Hanche à Ressort articulaire de la Hanche à Ressort périarticulaire, mais sans en donner d'autres subdivisions, et, dans ces deux grands groupes, ils faisaient entrer tous les cas, traumatiques ou spontanés. Seul, Zur Verth a fait une distinction plus subtile, mais il n'admet que la variété périarticulaire, et il divise cette variété en deux classes :

1° Une Hanche à Ressort « volontaire », qui est une disposition spéciale du sujet, congénitale, à produire le phénomène, et qui constitue « non une infirmité, mais un art », ne donnant par suite lieu à aucun trouble fonctionnel et ne relevant d'aucun traitement.

2° Une Hanche à Ressort « habituelle », indépendante de la volonté du malade et d'origine traumatique, par conséquent pathologique, donnant lieu à des troubles fonction-

nels et à de vives douleurs, et réclamant un traitement opératoire.

Cette classification, juste quant à la différenciation des types, ne l'est plus si l'on ne considère que les termes qui servent à l'exprimer : c'est que ceux-ci prêtent à confusion. Une Hanche à Ressort traumatique peut facilement devenir volontaire par la suite, parce que le sujet a appris à provoquer lui-même le bruit, sans que ce terme de « volontaire » implique l'idée de disposition « congénitale » puisqu'il s'agit alors d'une disposition dépendant de conditions spéciales créées par le traumatisme. D'autre part, nous verrons des exemples de sujets produisant volontairement le phénomène d'une façon continue, dans un but intéressé, pouvant donner l'illusion de posséder une Hanche à Ressort « habituelle », à l'origine de laquelle il sera cependant impossible de trouver le moindre traumatisme, et dont les troubles fonctionnels et la douleur ne sont que le résultat d'une simulation.

Pour ces raisons, nous rejetons la terminologie de Zur Verth, et nous croyons qu'une distinction entre Hanche à Ressort *congénitale* et Hanche à Ressort *acquise* sera plus satisfaisante, tout en conservant l'avantage de pouvoir s'appliquer aux deux variétés articulaire et périarticulaire de Hanche à Ressort. Nous proposons donc en définitive cette classification.

A. Hanche à Ressort articulaire : 1° congénitale ; 2° acquise.

B. Hanche à Ressort périarticulaire : 1° congénitale ; 2° acquise.

Peut-être le cas de Preiser nous autoriserait-il à créer un troisième groupe de *Hanche à Ressort combinée* (subluxation et ressaut fessier) avec la même subdivision?

C'est là un essai que seule pourra confirmer l'observation ultérieure de cas semblables.

Nous ferons, à l'occasion de cette classification, les quelques remarques suivantes :

Si la Hanche à Ressort *congénitale* n'apparaît pas à proprement parler avec les premiers mouvements, elle résulte du moins d'une disposition et d'une faculté congénitales du sujet à subluxer sa hanche ou à produire le ressaut de son fessier sur son grand trochanter. Elle demeurera latente pendant plus ou moins longtemps, mais toujours elle sera découverte par hasard, à moins que le sujet ne la recherche systématiquement (obs. LII). Elle sera alors le plus souvent bilatérale, ou présentera une ébauche du côté opposé ; elle ne se produira que par la volonté du sujet et dans les positions les plus diverses. Nous pouvons lui appliquer la définition que donnait Zùr Verth de sa Hanche à Ressort « volontaire » : « Ce n'est pas une infirmité, mais un art » ; elle ne s'accompagne donc d'aucun trouble fonctionnel, et par suite n'est passible d'aucun traitement.

Signalons que cette Hanche à Ressort congénitale coïncide souvent avec l'existence d'autres anomalies, telles que : laxité exagérée des articulations, subluxations volontaires du pouce, du poignet et de l'épaule, frottement sous-scapulaire, ressaut du tendon du péronier latéral sur la malléole externe, etc..., etc. (obs. XX, XL, LV, LVI, LVII, LVIII, LIX.).

La Hanche à Ressort *acquise* est toujours d'origine traumatique ; le traumatisme crée dans ce cas les conditions particulières, qui étaient naturelles dans le cas précédent, et qui favorisent la production du phénomène. Presque toujours unilatéral, le phénomène est indépendant de la volonté du patient et il se produit surtout pendant la mar-

che ; la douleur et les troubles fonctionnels sont parfois assez accusés et légitiment une intervention. S'il est vrai que, dans quelques cas, le sujet peut par la suite reproduire à volonté ce phénomène, celui-ci n'en a pas moins été, dès le début, et n'en reste pas moins pathologique, puisque c'est le traumatisme qui a contribué à le faire apparaître.

Tels sont, brièvement résumés, les caractères de ces deux types bien tranchés de Hanche à Ressort ; nous aurons l'occasion de les étudier plus longuement au cours de cette étude.

CHAPITRE V

TABLEAU CLINIQUE

I. — Hanche à Ressort périarticulaire.

Début. — Comme nous l'avons vu à propos de l'étiologie, le début du phénomène varie, suivant qu'il s'agit d'une Hanche à Ressort acquise ou d'une Hanche à Ressort congénitale. Dans le premier, cas ce début est plus ou moins brusque et soudain. A la suite d'un traumatisme, le sujet ressent dans la hanche des douleurs variables comme intensité, puis, après une période plus ou moins longue de séjour au lit ou d'impotence partielle, à l'occasion d'un mouvement qui n'a rien d'anormal, comme la flexion, l'adduction ou la rotation de la cuisse, l'inclinaison du bassin, le passage de la position accroupie à la station verticale, un bruit se fait entendre dans la hanche, étrange et inaccoutumé, qui va se reproduire par la suite à l'occasion des mêmes mouvements qui l'ont fait naître.

Dans la Hanche à Ressort congénitale, le début est au contraire lent et insidieux, sans cause appréciable et bien définie, ou parce que le sujet le recherche volontairement, le même bruit apparaît à l'occasion de certains mouvements dans lesquels il sera facile de le reproduire à volonté ; puis, l'exercice aidant, il deviendra possible dans les positions les plus variées.

Etat. — Une fois l'affection constituée, deux signes la

caractérisent et sont de toute première importance : le *ressaut* sur le grand trochanter d'une bande (musculaire ou fibreuse suivant la pathogénie admise par les auteurs) et le *bruit* spécial qui accompagne ce ressaut, signes par conséquent solidaires et sous la dépendance l'un de l'autre.

Le *bruit* consiste en un claquement sec et bref, aussi intriguant pour le sujet qui veut en savoir le motif que pour le médecin non prévenu qui en recherche la cause. Tour à tour comparé au déclanchement d'un ressort (Ferraton), au frottement sous-scapulaire (Bayer, Kusnetzow), au choc de deux surfaces osseuses (Horand, Ahern, Jaboulay) c'est encore au « cloc » caractéristique accompagnant la réduction d'une luxation fémorale qu'il est le plus comparable, et cette analogie explique la confusion dont les deux affections ont été longtemps l'objet.

Assez variable dans son intensité, pouvant même dans certains cas être réglé à la volonté du malade, il est presque toujours assez intense pour être entendu à plusieurs mètres de distance ; exceptionnels sont les cas où il ne se traduit que d'une façon sourde et imprécise.

Ce bruit est le plus souvent unique et se produit au moment où la bande qui ressaute passe de la partie postérieure du grand trochanter sur sa face externe. Assez fréquemment, cependant, il est double (obs. IX, XV, XVI, XXIII, XXXIV) ; le glissement d'avant en arrière de la bande s'accompagne alors du même bruit que le glissement d'arrière en avant. Dans certains cas même, le second bruit est plus intense que le premier (obs. XXII, XXXI, XXXII, XLVII, LII, LVIII).

Le *ressaut* est en réalité le signe caractéristique de la Hanche à Ressort périarticulaire. Il ne manque jamais, tous les auteurs le signalent, et il suffit à lui seul à assurer le

diagnostic. Sans nous préoccuper pour le moment de sa véritable cause, nous allons l'étudier en détail. Provoqué, comme nous le savons, par le passage brusque d'une bande tendue sur le grand trochanter, il se traduit par des signes *subjectifs* et *objectifs*.

Le malade peut parfois donner des renseignements utiles, car il a la sensation que le phénomène ne siège pas dans l'articulation et est beaucoup plus superficiel. Bruneau signale déjà le fait dans son auto-observation (obs. XVI), et l'interrogatoire de deux de nos sujets nous le confirme. Il s'agissait de deux étudiants en médecine, capables par conséquent d'analyser et de traduire leurs sensations et qui sentaient parfaitement que le bruit et le ressaut « étaient dus au passage d'un muscle sur une surface rugueuse ». Empressons-nous cependant d'ajouter que ce procédé d'investigation doit nous imposer les plus grandes réserves quant à sa valeur, car, dans d'autres cas, la sensation et le renseignement donnés par le sujet étaient faux, celui-ci ayant l'impression que sa tête fémorale sortait du cotyle (obs. XLIV et LVII).

Les *signes objectifs* nous seront d'un plus grand secours, ils seront perçus par la vue et la palpation. A la vue, ils se traduisent par une voussure brusque de la région trochantérienne, voussure qui, par saccades, saute en avant et revient en arrière au cours de mouvements appropriés, effectués par le sujet. Cette voussure est limitée en avant par une gouttière verticale, profonde, répondant sensiblement au bord antérieur du grand fessier, et en arrière par une dépression assez large, à contour imprécis. Les photographies reproduites plus loin donneront au lecteur une idée très exacte de l'aspect tout particulier de la région.

La main appliquée à plat sur cette voussure fournira

des renseignements encore plus précis. Elle sentira une masse dure et élastique (sensation absolument analogue à celle que donne un muscle contracté) ressauter brusquement sur la saillie trochantérienne, en même temps que celle-ci semble s'enfoncer sous cette masse musculaire. On éprouvera alors l'impression très nette qu'il ne peut s'agir que du déplacement d'un muscle contracté, et que le phénomène se passe superficiellement sous la peau, non dans l'articulation (obs. IX, XI, XII, XVII, etc...). Quelquefois il sera possible de saisir entre les doigts ou de fixer par une pression énergique le bord antérieur de cette voussure derrière le trochanter, et dès lors tout bruit disparaîtra (obs. XXIV, XXV, XXXIV). C'est là en définitive le renseignement le plus net qu'on obtiendra et qui permettra de faire à coup sûr le diagnostic.

Nous devons encore mentionner un signe décrit en particulier par Pagnier (obs. XV) et par Rocher (obs. XLIX), qui consisterait en un relief soudain de l'insertion tibiale de la bandelette de Maissiat, produit au moment du ressaut par une brusque tension de cette bandelette, et qui se traduirait par une courte saillie, visible et palpable, de la région externe du genou. Bien qu'ayant recherché ce signe chez nos quatre sujets, il ne nous a pas été donné de pouvoir le vérifier.

Il est un symptôme important, quoiqu'inconstant, dont s'accompagne le ressaut et sur lequel il est utile d'insister en raison de l'importance que lui attribuent certains sujets ; nous voulons parler de la *douleur*. Nulle ou insignifiante dans la Hanche à Ressort congénitale, se traduisant alors surtout par un engourdissement de toute la région (par une « sensibilisation », a dit Bruneau), lorsque le phénomène a été provoqué un nombre trop considérable de fois, elle prend dans la Hanche à Ressort acquise une place

des plus variables. Ce ne sera souvent qu'une sensation désagréable à laquelle le malade s'habituera plus ou moins et qu'il pourra diminuer par la limitation des mouvements qui produisent le ressaut, mais parfois la souffrance sera cependant assez vive pour interdire les longues promenades, la danse, les parties de campagne (obs. XI). D'autres fois, le ressaut sera tellement douloureux que le sujet immobilisera complètement son membre par une contraction vigilante de tous ses muscles, et qu'il faudra de la part du médecin de longues exhortations pour obtenir de lui quelques mouvements (obs. XXV). Rarement cette douleur l'obligera à abandonner un métier trop fatigant (obs. XLIII). Nous ne parlerons pas de ces douleurs vagues et mal localisées de certains sujets (comme celui de Ferraton) dont la bonne foi peut être mise sérieusement en doute.

Quant aux douleurs provoquées à la pression, elles sont nulles ou doivent être mises sur le compte du traumatisme récent lorsque l'examen est pratiqué peu de temps après l'accident; leur intensité anormale constitue une présomption sérieuse en faveur d'une simulation.

Mécanisme. — Quels sont donc maintenant le mécanisme capable de provoquer le phénomène et les circonstances dans lesquelles celui-ci se produit ?

Pour apporter plus de clarté dans cette étude et faciliter la compréhension du mécanisme, nous étudierons successivement la production du phénomène dans *la marche*, dans *la station debout* et dans *la position couchée*.

Pendant la marche, l'apparition du ressaut est des plus simples : à chaque pas, au moment où la cuisse se place dans un certain degré de flexion sur le bassin, quelquefois dès que le membre passe en avant de l'axe du corps, le ressaut se produit, et le bruit caractéristique se fait enten-

dre. Quand le bruit est double, le même phénomène se reproduit au moment de l'extension de la cuisse. Dans cette attitude, et dans la majorité des cas, le ressaut semble bien être indépendant de la volonté du sujet ; c'est-à-dire qu'il s'observera presque toujours dans la Hanche à Ressort acquise, et les porteurs de Hanche à Ressort congénitale éprouveront les plus grandes difficultés à l'obtenir d'une façon régulière et constante.

Beaucoup moins simple est la production du ressaut dans la *station debout*, au repos. Car, dans ce cas, le phénomène doit être provoqué volontairement, et le sujet recherche l'attitude et les mouvements qui lui seront les plus favorables. Au premier abord, il semble difficile de décrire une position comme absolument caractéristique ; cependant l'analyse minutieuse et la comparaison des descriptions qui en ont été faites permettent de reconnaître deux mécanismes principaux, auxquels correspondent deux attitudes différentes, suivant que le phénomène est provoqué uniquement par des mouvements du membre ou au contraire par des mouvemements du bassin. Dans certains cas, ces deux mécanismes pourront se combiner et bassin et membre se déplaceront alors réciproquement l'un sur l'autre.

Les mouvements du membre, capables de faire apparaître le ressaut, consistent presque toujours en flexion et extension simple de la cuisse sur le bassin, le sujet reposant sur la jambe saine. Quelques auteurs ont cherché à mesurer le degré d'amplitude de ce mouvement, mais les résultats trouvés sont trop dissemblables pour permettre d'en fixer une moyenne, même approximative. Les chiffres obtenus ont été : de 15 à 20° (obs. XLVI), de 30° (obs. XLVII), de 35° (obs. XXXII), de 40° (obs. XLVIII), de 45° (obs. XLII), de 80 à 90° (obs. XLIV), de 90° (obs. XXII). Quelquefois, il sera nécessaire de combiner à ces mouve-

ments simples l'adduction et la rotation interne de la jambe. Dans des cas assez rares, le même résultat était obtenu par la rotation forcée (obs. XI), ou par la rotation interne ou externe du membre (obs. LV, LVII, LVIII). Dans tous ces mouvements, et c'est là un point à retenir, la jambe est tenue fortement raidie; sans cette précaution, le phénomène est impossible. Nous donnons ci-contre la photographie d'un de nos sujets produisant le ressaut par simple mouvement de rotation interne du membre gauche en reposant sur le membre sain (fig. 1). Il est facile de constater la saillie formée par les muscles contractés, en même temps que la voussure de la région trochantérienne décrite plus haut, limitée en avant par un sillon profond.

Fig. 1. — Le sujet produit le ressaut de son grand fessier par un mouvement de rotation interne de la jambe gauche.

Quant au ressaut produit par mouvements du bassin, voici d'une façon générale et schématique comment il est possible de l'expliquer et à quel mécanisme peuvent être ramenés tous les cas décrits :

1° Le malade, contrairement à ce qui se passait dans le mécanisme précédent, porte tout le poids de son corps sur le membre craquant, fortement appuyé sur le sol, et, étendu sur le bassin, quelquefois placé en rotation interne;

2° Le genou du côté opposé est légèrement fléchi, déterminant ainsi un abaissement marqué du bassin de ce même côté ;

3° Puis, brusquement, par un mouvement de rotation du bassin autour de la hanche portante, le côté opposé

du bassin, c'est-à-dire le côté abaissé, est porté vers cette hanche. Autrement dit, il se produit un mouvement de rotation du bassin de gauche à droite, autour du membre

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 2 et 3. — Photographies d'une Hanche à Ressort periarticulaire dans la station debout pendant le ressaut. (Le sujet produit le ressaut par un mouvement du bassin) (*Paris Médical*).

droit, si la hanche droite est la Hanche à Ressort, et le phénomène se produit comme nous l'avons décrit plus haut.

Nous avons reproduit ci-contre (fig. 2 et 3) la photogra-

phie d'un autre de nos sujets en position de ressaut, qu'il pouvait conserver pendant quelque temps, et qui est tout à fait démonstrative à cet égard. On peut facilement se rendre compte de l'attitude dont nous venons de tracer les différents temps ; le membre droit (côté de la hanche à ressort) est en extension et légère rotation interne, le bassin incliné à gauche la jambe gauche légèrement fléchie. On peut voir aussi nettement, comme sur la photographie précédente, la voussure produite par la bande musculaire contractée qui vient de ressauter sur le trochanter, et le sillon antérieur et la dépression postérieure qui limitent en avant et en arrière cette voussure.

Il est facile de concevoir que l'attitude hanchée toute spéciale de notre sujet n'a d'autre but que de tendre le faisceau qui doit ressauter sur le trochanter, tandis que la rotation du bassin a pour but de provoquer le ressaut. C'est là précisément la condition capitale pour la production du phénomène : la *contraction* du faisceau qui doit ressauter. Cette contraction était active dans le mécanisme précédent, le malade prenant soin de tenir sa jambe fortement raidie, elle est passive dans celui-ci, puisque c'est l'inclinaison du bassin qui la produit. Nous avons tenu à insister sur ce point, car il nous servira à réfuter quelques théories pathogéniques. D'autres auteurs, d'ailleurs, y ont insisté avant nous (obs. IX, XIII, XXIII, LII, etc...).

Nous allons retrouver les mêmes conditions pour la production du phénomène dans la *position couchée*. Deux cas sont alors à considérer, suivant que le sujet provoque le ressaut lui-même par des mouvements actifs ou suivant que ce ressaut apparaît à l'occasion de mouvements passifs imprimés au membre. Dans le premier cas, il faut que le sujet ait le plus souvent un point d'appui, le pied du lit par exemple, contre lequel il puisse appliquer son pied ; dans

le second, le bruit ne se produit que s'il contracte énergiquement ses muscles fessiers. Les mêmes mouvements sont nécessaires dans l'un et l'autre cas, et consistent ici encore en flexion et extension de la cuisse sur le bassin, rotation interne ou externe du membre. En réalité, cette position est peu favorable au phénomène, et lorsque le sujet parvient à le produire, il n'y réussit que difficilement et d'une façon inconstante; le bruit entendu est en outre beaucoup moins intense que dans les attitudes précédentes.

Telles sont les positions et les attitudes capables de provoquer le phénomène de la Hanche à Ressort. Chaque sujet aura son attitude particulière et préférée, dans laquelle le ressaut sera le plus facilement produit, mais l'une n'exclut pas infailliblement l'autre. C'est ainsi que lorsque le ressaut bruyant apparaît dans la marche, le sujet, avec de l'exercice, peut souvent arriver à le produire aussi dans la station debout ou dans la position couchée. Certains même l'observent indifféremment et avec la même intensité dans les positions les plus variées. Bruneau (obs. XVI) le constate aussi bien en marche qu'à bicyclette, au lit, à cheval, ou quand il passe de la position assise à la station verticale, ou réciproquement. Deux de nos sujets étaient à peu près dans le même cas (obs. LVII, LVIII). Il faut noter qu'il s'agit alors toujours de Hanches à Ressort congénitales.

Il est encore un type un peu particulier que signalent Kusnetzow (obs. XIII), Pagnier (obs. XXII) et Rocher (obs. XLVI), c'est celui où, bassin et cuisse restant complètement immobiles, le ressaut bruyant ne résulte que du déplacement de la bande musculaire, successivement en avant et en arrière du trochanter, sous la seule influence de la contraction alternative du tenseur du fascia lata et du grand fessier. Il est probable qu'il s'agit là de cas

assez rares. M. Mouchet a cependant eu l'occasion de le constater chez une de ses malades (obs. LIV).

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit l'attitude propre à chaque individu, que le phénomène se produise pendant la marche, dans la station debout, ou dans la position couchée, qu'il soit dû à des mouvements du membre, à une rotation du bassin ou à une simple contraction musculaire, le ressaut n'en présentera pas moins toujours les mêmes caractères; il sera brusque, visible et palpable. Dans la station debout, le sujet pourra le répéter à volonté, mais dans une certaine limite cependant, car la contraction musculaire s'épuise assez rapidement, et le ressaut diminue progressivement d'intensité pour disparaître bientôt.

L'examen du malade au repos ne fournira que peu de renseignements. L'anomalie la plus fréquemment signalée est peut-être une saillie exagérée du trochanter (obs. VIII, XI, XII, XIII, XXV), ou une exubérance constatée à la palpation sur sa face externe (obs. X, XLVI, XLVII, XLIX). D'autres auteurs ont noté une attitude particulière du sujet, due le plus souvent à un abaissement du bassin du côté opposé à la Hanche à Ressort (obs. VIII, IX, XIII, XV, XXV), amenant une position anormale des membres (adduction, flexion, rotation interne), une scoliose compensatrice de la colonne vertébrale, ou un raccourcissement apparent du membre. Est-il besoin d'ajouter que ces attitudes n'ont rien de caractéristique et qu'elles ne sont que des attitudes de défense ; le malade souffrant de sa hanche adopte instinctivement la position dans laquelle les douleurs sont au minimum.

Le plus souvent, aucun signe particulier n'attirera l'attention du côté de la hanche pas plus à l'inspection qu'à la palpation. On ne verra ni on ne sentira aucune déformation articulaire osseuse ou musculaire, la tête fémorale

sera trouvée à sa place, la mensuration des deux membres donnera des rapports égaux, le trochanter enfin aura conservé ses rapports normaux avec la ligne de Nélaton-Roser.

Symptomes fonctionnels. — Les troubles fonctionnels sont des plus variables et dépendent de la variété de Hanche à Ressort considérée. Nuls dans la Hanche à Ressort congénitale ou créés de toute pièce dans l'imagination de certains nerveux, ils acquièrent parfois une certaine importance dans la Hanche à Ressort acquise. Leur manifestation la plus fréquente est alors la *claudication* (obs. IX, XIII, XXIV, XXV, XXXII, XXXVI, XLII, etc...), mais ici encore il s'agit d'une attitude de défense du membre craquant, le sujet portant instinctivement le poids du corps sur le membre sain. C'est généralement vers le côté malade que le tronc s'incline ; seul le malade de Staffel (obs. XXXII) fait exception à cette règle : il s'appuyait plus longtemps sur le membre correspondant au côté du ressaut ; il est vrai que chez lui on était fortement en droit de soupçonner la simulation. Un autre trouble est encore fréquent, c'est la *fatigue* plus ou moins rapide du sujet pendant la marche, n'apparaissant souvent qu'après une longue course, mais pouvant empêcher quelquefois toute promenade ou tout exercice un peu prolongés.

Nous avons déjà parlé de la douleur et de son extrême variabilité d'un individu à l'autre. C'est en somme à elle que sont subordonnés tous les troubles fonctionnels, aussi n'y aura-t-il presque jamais d'impotence à proprement parler. Il est même remarquable de constater que ces troubles n'acquièrent une réelle intensité que dans deux classes particulières de sujets : les nerveux qui s'exagèrent l'importance du phénomène, et les simulateurs qui ont intérêt à la mettre en valeur. Nous nous étendrons plus longuement sur ce point spécial dans le chapitre suivant.

II. — Hanche à Ressort articulaire.

La description détaillée que nous venons de faire de la Hanche à Ressort périarticulaire va nous permettre d'étudier plus rapidement cette seconde variété, qui présente quelques points communs avec la première.

Début. — Ici encore lent et insidieux, s'il s'agit d'une Hanche à Ressort congénitale (obs. II, III, IV), il apparaît plus ou moins brusquement dans la Hanche à Ressort acquise. Après un traumatisme (obs. V, VI, VII), un exercice fatigant (obs. I) ou une luxation antérieure, dans des circonstances absolument analogues à celles qui ont présidé à l'apparition de la Hanche à Ressort périarticulaire.

Etat. — Le premier signe qui nous frappera sera toujours le *bruit* qui se produira avec une régularité et une intensité plus constantes que précédemment. C'est d'ailleurs le même claquement sec et brusque, qu'il est totalement impossible au premier abord de différencier du précédent. Si, cependant, nous pouvons établir une distinction d'après quelques particularités, nous dirons que celui-ci est toujours double, c'est-à-dire qu'il existe un bruit correspondant à la sortie de la tête et un bruit correspondant à sa rentrée dans le cotyle et que ce dernier est toujours le plus intense. En poussant plus loin notre examen, nous constaterons que ce bruit ne coïncide plus avec le ressaut si caractéristique de la voussure musculaire que nous avons décrit plus haut. Il se produira bien une légère secousse de la région trochantérienne, au moment où la tête fémorale passe sur le rebord du cotyle, mais nous ne verrons pas se former puis sauter en avant cette forte saillie de la Hanche à Ressort périarticulaire, limitée par un sillon antérieur et une dépression postérieure. La palpation,

d'ailleurs, lèvera tous les doutes : nous aurons l'impression que cette secousse se fasse profondément et nous n'éprouverons pas la sensation si nette d'un faisceau musculaire contracté sautant sur le trochanter. Par contre, si le sujet n'est pas trop fortement musclé, nous pourrons sentir que la tête se porte en arrière et en haut et revient à sa place en faisant entendre le cloc caractéristique (obs. II). Si la constitution du sujet ne permet pas de faire cette constatation, d'autres signes seront capables de suppléer à l'absence de ce renseignement : dans la position anormale de la tête fémorale, le trochanter fera une saillie assez accusée en dehors qui coïncidera avec son ascension au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, la jambe se placera en adduction et le pied en rotation interne, et la mensuration montrera un raccourcissement plus ou moins accusé, mais réel, du membre, Le diagnostic sera encore simplifié, si, comme dans un cas rapporté par Gaugele (obs. VII), il se forme une dépression inguinale avec contraction des abducteurs analogue à celle de la luxation congénitale non réduite.

Fig. 4. — Coxa vara bilatérale, surtout prononcée à droite, présentant de ce côté une Hanche à Ressort articulaire.

Comme dans la Hanche à Ressort périarticulaire, le phénomène peut se produire, soit pendant la marche, soit dans la station debout, soit dans la position couchée.

Pendant la marche, le bruit s'entend à chaque pas au

moment de la flexion et de l'extension normales de la cuisse sur le bassin. D'autres fois, des mouvements un peu plus étendus seront nécessaires et la subluxation n'aura lieu que lorsque le sujet montera des escaliers (obs. VI, VII).

Dans la station debout, nous retrouvons les mêmes mouvements d'abaissement et de rotation du bassin (obs. IV), d'adduction de la cuisse (obs. I, VI, VII), de rotation du membre (obs. VII), de flexion et d'extension de la cuisse (obs. II, VII), combinés ou non soit à une rotation externe du pied (obs. III), soit à une rotation interne (obs. V), que nous avons signalés à propos de la Hanche à Ressort périarticulaire. Tous ces mouvements auront pour résultat de faire sortir du cotyle la tête fémorale qui reviendra en place dans le mouvement inverse.

L'examen du malade au repos ne donnera pas plus de renseignements que dans la variété précédente. On a signalé aussi une saillie anormale du trochanter (obs. I) et des attitudes spéciales du membre en rapport avec une coxa vara concomitante (obs. II, III) ou ne traduisant qu'une réaction de défense (adduction, flexion de la jambe sur la cuisse, etc...). Une seule fois cet examen a pu fournir un renseignement précis, c'était dans le même cas de Gaugele, où l'on pouvait sentir à la palpation le trochanter et le col, et où par une pression exercée en bas et en arrière, il était possible de faire sortir la tête avec un « cloc » facilement perceptible.

Les *symptômes fonctionnels* consistent ici aussi en douleurs, claudication et fatigue, variant d'intensité suivant les individus, mais restant surtout l'apanage de la Hanche à Ressort acquise. Le fait que de simples mouvements de flexion ou d'adduction de la cuisse suffisent à produire la subluxation permet de penser que, dans certains cas, la mobilité du membre peut se trouver fortement entravée, et par suite la gêne fonctionnelle assez accusée (obs. VI, VII).

CHAPITRE VI

LA HANCHE A RESSORT ET LA SIMULATION SES RAPPORTS AVEC LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

« Produit de la mentalité moderne, singularité peu connue, mais réelle, se rencontrant dans les deux milieux où il y a intérêt à la mettre en valeur : ouvriers et militaires... » Aussi exagérée que soit aujourd'hui cette définition de la Hanche à Ressort qu'en donnait Guermonprez à une époque où les deux seuls cas connus de Perrin et de Ferraton pouvaient en légitimer une telle conception, elle n'en conserve pas moins encore une forte part de vérité. De la lecture de plusieurs observations de Hanche à Ressort périarticulaire, se dégage en effet cette impression très nette que beaucoup de symptômes : douleur, gêne fonctionnelle, claudication, sont manifestement exagérés, quelquefois même entièrement simulés. Si nous recherchons dans quelle classe de la société ces constatations sont possibles, la distinction de Guermonprez reste exacte, c'est bien chez les militaires et les ouvriers, et nous pouvons citer des observations de soldats réformés pour cette cause ou versés dans un service auxiliaire, ou d'ouvriers touchant une rente après un accident insignifiant, qui n'étaient que des simulateurs.

Les rapports très étroits que présente à ce point de vue la Hanche à Ressort avec les accidents du travail et le

service militaire (1) nous ont incité à en faire un court chapitre spécial. En effet, que le médecin se trouve en présence d'un militaire en mal de réforme ou d'un blessé réclamant une rente, nous croyons qu'il ne peut que gagner à connaître ce point un peu spécial de la question.

Bien des exemples de simulation pourraient être fournis. Elle était évidente chez le soldat de Ferraton (obs. IX) « qui n'avait qu'un goût très modéré pour le service militaire », qui « présentait une boiterie tellement prononcée qu'elle apparaissait comme exagérée à l'extrême, et dont les réponses imprécises manquaient probablement de sincérité ». Il est très probable que ce soit elle aussi qu'il faille invoquer chez le soldat de Perrin (obs. VIII), qui présentait le phénomène depuis l'âge de 10 ans, et ne s'en plaignit sans doute qu'avec l'espoir de se faire réformer. Guermonprez nous en a relaté un très bel exemple, qui peut servir de type de simulation chez un accidenté du travail (obs. X) : un ouvrier tisserand avait, au cours de son travail, reçu une contusion légère de la hanche, dont il ne ressentit par la suite aucun effet fâcheux. Plusieurs mois après, un médecin découvre tout à fait par hasard un ressaut particulier dans cette même région, et appelle l'attention de l'ouvrier sur cette particularité. Le résultat ne se fit pas attendre : aussitôt celui-ci prétend que ce ressaut (dont il ne s'était jamais aperçu et qu'il présentait aussi du côté opposé) est une conséquence de son accident, et ne lui permet plus d'exercer son métier. Il se met dès lors à étudier le phénomène, à le reproduire à volonté, parvient à donner le change à ses juges et obtient

(1) Il s'agit surtout dans ce chapitre de la Hanche à Ressort périarticulaire, le peu d'observations que nous présentons de Hanche à Ressort articulaire ne nous ayant pas permis de retrouver la simulation dans cette dernière variété. Mais tout porte à croire que la chose a dû se produire, et tout ce que nous dirons de l'une pourra aussi bien s'appliquer à l'autre.

une rente. Jaboulay relate un cas à peu près analogue (obs. XXVI). Il s'agissait alors d'un voyageur qui avait été victime d'un accident de chemin de fer et qui réclamait une indemnité à la Compagnie; mais, dans ce cas, Ollier et Levrat, nommés experts, surent reconnaître la simulation, et le blessé n'obtint rien.

D'autres exemples pourraient en être donnés.Signalons encore les deux cas suivants, dans lesquels, si la simulation n'est pas créée de toutes pièces, il y a du moins exagération manifeste de la douleur et des troubles fonctionnels : celui de Staffel (obs. XXXII) dont le blessé présentait cette particularité paradoxale de s'appuyer surtout en boitant sur le membre dont il disait souffrir; et celui observé par M. Mouchet (obs. LIII) d'un sergent de ville blessé au cours d'une rixe avec des apaches, et qui, bien qu'accusant de vives douleurs dans la hanche et se disant incapable de continuer sa profession, se refusa toujours à toute intervention.

Un enseignement se dégage donc de ces faits : c'est que l'expert appelé à examiner un blessé atteint de Hanche à Ressort réclamant une rente ou une indemnité, aussi bien que le médecin militaire appelé à statuer sur la proposition de réforme d'un soldat, devra rechercher systématiquement la simulation et s'efforcer d'élucider la question de savoir si les symptômes bruyants acccusés par le sujet résultent bien d'un traumatisme ou s'ils ne sont qu'intentionnellement surajoutés à une Hanche à ressort congénitale préexistante; question en vérité des plus délicates à trancher. Deux cas bien distincts sont à considérer, suivant qu'il s'agit d'une Hanche à Ressort congénitale existant avant l'accident ou d'une Hanche à Ressort acquise, intimement liée au traumatisme. Si l'affection existait avant l'accident, ou bien la traumatisme ne l'a pas modi-

fiée, le sujet pouvait en être gêné auparavant, mais il a gardé la même aptitude au travail, et s'il se déclare incapable de continuer à exercer sa profession, il devient manifestement un simulateur et il n'a droit à aucune rente, — ou bien la traumatisme a exagéré les signes fonctionnels préexistant et plus ou moins accusés, ou même il les a créés s'ils n'existaient pas, et le sujet se trouve dans les mêmes conditions que s'il avait une Hanche à Ressort acquise.

La Hanche à Ressort acquise doit être, à notre avis, considérée comme une entité pathologique et comme une légère infirmité, subordonnée à l'intensité plus ou moins grande des douleurs et des troubles fonctionnels. C'est pourquoi, ces signes fonctionnels servant de base à toute estimation d'incapacité, il est évident que celle-ci sera la même, que le phénomène ait existé ou non avant l'accident si le traumatisme a fait de l'ouvrier un malade qui souffre et n'a plus la même aptitude au travail. Ajoutons que, pour la même raison, l'incapacité sera plus sérieuse dans la Hanche à Ressort articulaire.

Quant à la question de savoir si, dans certains cas, comme l'ont soutenu quelques auteurs, le traumatisme n'a été que la cause, non déterminante, mais révélatrice du phénomène, en d'autres termes, si le traumatisme n'a été pour l'ouvrier que l'occasion de manifester et de reconnaître sa faculté congénitale à faire craquer sa hanche, c'est là un point que nous n'aborderons pas, car il est insoluble dans l'état actuel de la question. Aussi bien, il n'offre que peu d'intérêt, puisque, que nous considérions l'affection comme congénitale ou comme acquise, elle rentrera dans la distinction précédente.

Nous ne nous appesantirons pas sur la façon de dépister la simulation. C'est toujours là affaire de connaissances et de doigté professionnels : une attitude paradoxale

du blessé, des réponses imprécises ou contradictoires, l'existence du phénomène du côté opposé au côté blessé, ou des deux côtés, l'exagération manifeste des symptômes douloureux spontanés ou provoqués, mettront sur la voie du diagnostic et feront la conviction de l'expert.

Essayons, en terminant ce chapitre, de donner une idée approximative de l'incapacité à laquelle peut donner lieu la Hanche à Ressort. Jamais cette incapacité n'a été totale et permanente et n'a obligé le blessé à cesser définitivement tout travail. Le tableau que fait Guermonprez de son ouvrier tisserand qui, plus de deux ans après sa contusion, « était devenu un pusillanime, ayant renoncé à son métier, restant sans travail, craignant la fatigue et le froid, couvert de lainages et se défiant de tout », est exceptionnel et ne doit être mis que sur le compte d'une mentalité spéciale de son client. En revanche, l'incapacité a été presque toujours permanente et partielle. Le plus souvent l'ouvrier a repris son métier, après un séjour plus ou moins long au lit, variant de quelques jours à plusieurs semaines, et le travail habituel reste possible, bien qu'accompagné d'une certaine gêne. D'autres fois, le blessé a réclamé un service moins pénible (obs. LIII), exceptionnellement il a été obligé de changer de position (obs. XXXII).

Ces différences dans la capacité professionnelle du blessé nous expliquent celles que nous allons trouver dans l'allocation de la rente. Estimée à 15 p. 100 du salaire total chez le malade de Guermonprez, à 20 p. 100 chez celui de Kukula (obs. XIX), elle atteignit 30 p. 100 chez celui de Thiéry (obs. XXXVI), et 45 p. 100 chez celui de Staffel (obs. XXXII).

On conviendra que ce sont là des chiffres peu négligeables et qui valent la peine qu'on s'intéresse à la question, d'autant plus que quelques-uns paraissent un peu arbitraires.

CHAPITRE VII

ANATOMIE

Nous croyons qu'il est indispensable de faire précéder l'étude si complexe et encore tellement obscure de la pathogénie d'une vue d'ensemble sommaire de la région de la hanche, dans laquelle notre but sera surtout de signaler les particularités spéciales et les points intéressants dont la connaissance peut apporter quelque éclaircissement à la compréhension de la nature intime du phénomène. Nous passerons successivement en revue les *parties osseuses* (cotyle, tête, col, trochanter) et les parties molles, soit *musculaires* (grand fessier, tenseur du fascia lata), soit *aponévrotiques* (fascia lata et ses dépendances).

I.— **Parties osseuses.**—L'articulation de la hanche constitue le type le plus parfait des énarthroses.

La *cavité cotyloïde* représente à peu près la moitié d'une sphère creuse, dont la direction normale est oblique en dehors en bas et légèrement en avant, mais peut varier assez fréquemment d'un individu à l'autre et devenir frontale et parfois sagittale (1). La cavité est circonscrite sur son pourtour par un rebord circulaire plus ou moins saillant et aminci, le sourcil cotyloïdien, qui présente trois échancrures: iliopubienne en avant, ilioischiatique en arrière et en bas, ischiopubienne en bas et en avant, cette der-

(1) Preiser,« Ueber die arthritis deformans coxæ (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, Bd. 89, p. 540).

nière étant la plus large et la plus profonde. Ce rebord peut se fracturer isolément et jouer ainsi un rôle dans la production des luxations récidivantes (1). Sur ce sourcil cotyloïdien s'insère, à l'état frais, à la manière d'un anneau, un cordon fibrocartilagineux ou bourrelet cotyloïdien, qui a pour effet d'agrandir cette cavité. Sa hauteur varie de 5 à 12 mm.; des cas assez rares d'absence complète de ce bourrelet ont été signalés.

La *tête fémorale* représente à peu près les 2/3 d'une sphère, et regarde à l'état normal en dedans en haut et en avant... Un peu au-dessous de son centre de surface, elle présente une petite dépression rugueuse dans laquelle s'insère un ligament intra-articulaire ou ligament rond. Ce ligament présente dans son développement des variations individuelles fort étendues : plus ou moins fort et plus ou moins long, il se réduit parfois à un simple repli synovial et peut, dans certains cas, disparaître d'une façon complète (Palletta) (2).

La tête est supportée en dehors par une portion osseuse rétrécie, le *col anatomique*, mesurant de 35 à 40 mm. de longueur (Testut) et faisant avec l'axe du corps un angle de 130° environ. Son axe est obliquement dirigé de haut en bas et de dedans en dehors. Une modification très importante et qui mérite d'être signalée est celle qu'il subit dans la coxa vara, où il se trouve incliné fortement en bas et infléchi en arrière, imprimant ainsi à la tête une direction inféro-postérieure souvent très marquée et facilitant la subluxation. Frœlich (3) et Mouchet (4) ont signalé

(1) Guibé, « Fractures de la cavité cotyloïde par enfoncement ». *Revue de Chirurgie*, 1904.

(2) Testut, *Traité d'Anatomie*, 1904, t. I. Arthrologie, p. 586.

(3) Frœlich, *Revue d orthopédie*, 1902, pp. 96 à 97.

(4) A. Mouchet, *Clinique et Thérapeutique spéciales* (Manuel du praticien), 1906, pp. 56-57. (Paulin, éditeur.)

cette subluxation intermittente de la tête fémorale dans la coxa vara.

A la partie externe du col, se dresse une saillie volumineuse, *le grand trochanter*, dont l'éminence quadrilatère répond au sommet de l'angle fémoral et prolonge en haut le corps de l'os. Comme l'a montré Rocher (1), il présente par rapport à l'axe du fémur une inclinaison transversale ou « angle trochantéro-fémoral » et une inclinaison antérieure des plus variables. Cette dernière inclinaison est sous la dépendance d'une petite courbure à concavité antérieure répondant au quart supérieur de l'os et formant avec la grande courbure à concavité postérieure uniquement signalée par les classiques, une double courbure en forme de S très allongée (Rocher). Des deux faces décrites au grand trochanter, seule la face externe nous intéresse. Celle-ci, plus ou moins convexe, est traversée en diagonale par la crête du moyen fessier, ligne rugueuse oblique en bas et en avant, qui sépare la face externe en deux surfaces inégales, une petite surface plane supérieure occupée par la bourse séreuse du moyen fessier, et une surface plus grande, inférieure, répondant à la bourse séreuse du grand fessier. Contrairement à l'opinion de Merkel, qui décrit ces deux bourses comme constantes, il est aujourd'hui démontré que leur présence est des plus variables. Quatre bords délimitent cette face externe. Le bord supérieur, presque horizontal, est plus ou moins anguleux ou aplati, le bord postérieur, épais et arrondi, nettement marqué en haut, est tantôt oblique en bas et en dedans, tantôt vertical : le bord inférieur est marqué par une crête rugueuse transversale sur laquelle viennent se

(1) Rocher, « Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle fessier, etc... » *Journal de médecine de Bordeaux*, 31 oct. 1909, p. 678.

fixer quelques-uns des faisceaux du vaste externe. C'est la crête du vaste externe des anatomistes, appelée par Rocher « crête sous-trochantérienne », qui est parfois très développée, et en rapport avec l'ouverture de « l'angle trochantéro-fémoral », formant alors une saillie très accentuée et irrégulière. D'autre part, comme cette crête correspond à la ligne de soudure du trochanter et de la diaphyse fémorale, il se développe quelquefois à ses dépens des saillies osseuses, qu'il faudrait considérer d'après Rocher comme des exostoses ostéogénétiques, qui peuvent jouer dans certains cas un rôle prépondérant dans le mécanisme de la Hanche à Ressort. Le bord antérieur, très épais, rectangulaire, atteint presque les dimensions d'une véritable face, il donne insertion au moyen fessier. A l'endroit où il rencontre la crête du moyen fessier, au niveau ou un peu au-dessus de l'angle qu'il forme avec la crête du vaste externe, on peut, dans certains cas, constater une éminence assez accentuée que Rocher propose d'appeler le « tubercule trochantérien ».

Les recherches que nous avons effectuées à l'école pratique de la Faculté, et qui ont porté sur une centaine de fémurs, nous ont permis de confirmer les constatations de Rocher quant à l'inclinaison antérieure et transversale du grand trochanter, mais nous ont amené à des conclusions un peu différentes quant à la présence et à l'exubérance du tubercule trochantérien, qui est loin d'être aussi constant et aussi accusé que semble l'admettre Rocher. Trois fois seulement sur nos cent fémurs nous l'avons trouvé faisant une saillie appréciable.

II. — Parties molles (Muscles et aponévroses). — Il est classique de considérer, après Chudzinsky et Poirier, la musculature de la hanche comme l'homologue de celle de l'épaule, et de décrire un « deltoïde fessier » formé du grand

fessier, du tenseur du fascia lata et de l'aponévrose intermédiaire, les deux muscles jouant vis-à-vis l'un de l'autre le rôle d'antagonistes.

Aucune contestation ne s'élève au sujet des insertions supérieures du *grand fessier*. Quant à ses insertions inférieures, si l'on s'accorde à distinguer deux ordres d'insertions : sur la branche externe de la bifurcation de la ligne âpre du fémur et sur l'aponévrose du fascia lata, le désaccord commence quand il s'agit de préciser quelles sont les fibres musculaires qui se terminent dans l'aponévrose. Farabeuf veut que ce soit les fibres supérieures du muscle, Testut les fibres inférieures, Poirier les fibres superficielles. Sappey prétend qu'il n'y a pas d'insertions aponévrotiques. Plus récemment Rocher a émis une opinion différente. D'après lui, les fibres externes du muscle aboutissent à une lame tendineuse triangulaire, issue des faisceaux musculaires supérieurs, et les fibres profondes s'insèrent sur un autre tendon qui semble subir une plicature à sa partie moyenne, formant ainsi un U renversé, dans les branches duquel viennent se fixer les fibres tendineuses de la couche externe du muscle. La fusion de toutes ces insertions tendineuses aboutit à la constitution d'un tendon court et épais, perpendiculaire à la face profonde du grand fessier, et logé dans le dédoublement du fascia lata, qui va recouvrir les deux faces du muscle. C'est ce tendon, s'insérant sur la branche la plus externe de la ligne âpre et formant un relief cylindroïde nettement appréciable, que Rocher appelle *corde fibro-tendineuse du grand fessier*, que Heully, après lui, baptise du nom de *tractus fascio-glutéal* et qui produirait le ressaut caractéristique de la Hanche à Ressort.

Nous devons à la vérité de dire que les dissections, que nous avons effectuées sur un grand nombre de cadavres,

ne nous ont pas permis de sentir ce relief une seule fois.. Au contraire, la dissection minutieuse et très attentive du fessier que nous avons faite dans tous ces cas, nous a paru confirmer l'opinion classique, d'après laquelle les fibres supérieures se perdent dans l'aponévrose fascia lata, mais elle ne nous a montré l'existence d'aucun épaississement visible ou palpable à la face profonde du muscle.

Un autre point, qu'il est utile d'éclaircir, a trait aux rapports du bord antérieur du fessier avec la face externe du trochanter, point peu développé dans les divers traités d'anatomie.

Rocher prétend que les fibres musculaires des faisceaux antéro-supérieurs du grand fessier atteignent à peine le niveau du bord supérieur de cette apophyse, dans la position de rectitude « à plus forte raison, ajoute-t-il, dans la position d'adduction ». Or, c'est là une affirmation qui se trouve en contradiction formelle avec ce que nous avons constaté; toujours nous avons vu, dans la position de rectitude, les fibres musculaires des faisceaux antéro-supérieurs du grand fessier atteindre la face externe du trochanter, souvent même, elles se prolongeaient jusqu'au bord antérieur de cette apophyse ; elles peuvent donc parfaitement glisser sur la face externe dans la position d'adduction de la cuisse.

Le muscle *tenseur du fascia lata* né de l'épine iliaque antéro-supérieur, de la portion de la crête adjacente et de l'aponévrose fessière, se dirige obliquement en bas et en arrière. A la hauteur du tiers et du quart supérieurs de la cuisse, ses fibres se terminent sur des faisceaux tendineux qui s'entremêlent d'une façon inextricable avec l'aponévrose fémorale et viennent se fixer sur la face antérieure de la tubérosité externe du tibia. La fusion de ces faisceaux tendineux et de l'aponévrose fémorale constitue une ban-

delette longitudinale très résistante, large de 4 à 6 cm. en moyenne, communément appelé ligament ilio-tibial ou *bandelette de Maissiat*, du nom de l'anatomiste qui l'a décrite en 1842 (1). C'est cette bandelette que Pupovac et Hohmann appellent tractus ilio-tibial. Bien que la majorité des auteurs, et Maissiat lui-même, la fassent naître de la crête illiaque antéro supérieure, cette bandelette n'est, en réalité, constituée qu'à 5 ou 6 cm. au-dessous de la saillie trochantérienne, comme l'a justement fait remarquer Pagnier (2), et au niveau du trochanter lui-même, il n'y a qu'une simple nappe aponévrotique très souple. Cette manière de voir a été combattue par Picqué et Dejouany, mais nos recherches confirment entièrement la description de Pagnier ; l'épaississement qui constitue la bandelette de Maissiat n'est réellement visible qu'au-dessous du trochanter, et le prolongement supérieur de la bandelette n'est que le fascia lata pur et simple. A la partie postérieure de ce prolongement, tout contre le bord antérieur du grand fessier, Farabeuf (3) a décrit un cordon très fort, qui, après avoir contourné le grand trochanter, s'insère au tubercule supérieur de la bifurcation externe de la ligne âpre. C'est probablement ce cordon que Zur Verth appelle « tractus cristo-fémoral », et que Küttner et Gaugele ont admis après lui. Tout récemment, dans sa thèse, Schepers (4) a confirmé l'existence et la description de ce « tractus ». Quant à nous, il nous semble que cette différenciation est bien subtile et nous craignons que l'accolement de ce

(1) Maissiat, « Mémoire sur la station des animaux ». *Compte rendu de l'Académie des sciences*, 1842, p. 362.

(2) Pagnier, *Société de médecine milit. française*, 2 avril 1908, n° 7, p. 230.

(3) Farabeuf, *Dictionnaire Dechambre*, article « Fessier », p. 741.

(4) Schepers, « Uber den Tractus cristo-femoralis ». *Inaug. Dissertat.* Berlin, mars 1910, n° 132.

cordon fibreux au tendon du fessier ne permette pas facilement de les différencier l'un de l'autre. Au point de vue du mécanisme de la Hanche à Ressort, nous pensons d'ailleurs qu'il est permis de les assimiler l'un à l'autre.

CHAPITRE VIII

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces quelques données anatomiques indispensables étant connues, abordons le problème de la pathogénie et cherchons à en pénétrer le mécanisme intime.

Le problème à résoudre est en somme celui-ci :

1° Quelle est la nature du phénomène; est-il dû à une subluxation intermittente de la tête fémorale ou à un ressaut musculaire ou fibreux sur le grand trochanter ?

2° Quelle est la cause de la subluxation ou du ressaut, et quelles sont les lésions admises ou trouvées au cours des opérations capables de l'expliquer ?

Le lecteur connaît déjà notre opinion sur le premier point; nous allons donc étudier la question en envisageant successivement la Hanche à Ressort articulaire et la Hanche à Ressort périarticulaire, et en donnant à chacune de ces deux variétés le développement qu'elle comporte.

I. — Hanche à ressort articulaire.

La théorie articulaire, systématiquement réfutée par la plupart, a eu cependant des partisans qui ont présenté des arguments valables en sa faveur. Bien des observations ont été données comme des cas de subluxation intermit-

tente, mais, comme nous l'avons dit au début de ce travail, nous n'avons tenu compte pour notre étude que des cas suffisamment démonstratifs qu'il nous a été possible de recueillir. Pour ce qui est des autres, nous renvoyons le lecteur aux 15 observations relatées par Perrin (1), à propos de la présentation de son malade, aux 5 cas de Krönlein (2) et aux 26 autres de Braun (3), qui manquent non seulement de confirmations opératoires et radiographiques, mais même de constatations et de descriptions précises. Nous ne retiendrons de ce dernier que le cas qu'il rapporte en détail (obs. I) de cette jeune fille ayant ressenti brusquement, en arrachant des pommes de terre, un craquement dans la hanche gauche, qui par la suite se renouvela dans la marche et qu'une ingénieuse opération supprima définitivement. Dans ce cas, les constatations opératoires (absence de bourrelet cotyloïdien) et le succès dont fut suivie l'intervention ne peuvent laisser aucun doute sur l'évidence de la subluxation. La même évidence ressort de la description des deux cas de coxa vara observés par M. Mouchet, bien qu'il n'y ait eu ni intervention, ni radiographie; mais si ces renseignements faisaient défaut, il était facile de sentir la tête fémorale se porter en haut et en arrière au cours des mouvements de flexion de la cuisse, et revenir en place avec le « cloc » caractéristique dans le mouvement d'extension. Chez ces malades, d'ailleurs, la courbure du col fémoral et la direction postérieure qu'elle imprime à la tête permettent aisément de comprendre le phénomène.

Des deux observations fournies par Preiser, la première peut-être semblera ne renfermer que peu d'arguments pour

(1) Perrin, *loco citato.*

(2) Krönlein, « Die Lehre der Luxationen ». *Deutsche Chir.*, 1882, Lief. 26, pp. 107-121.

(3) Braun, *loco citato.*

entraîner la conviction, mais, le diagnostic différentiel se faisant de lui-même à condition que l'on connaisse l'existence du ressaut trochantérien, il nous semble difficilement admissible que l'auteur ait su reconnaître ce ressaut dans le second cas, se combinant à la subluxation, et ne l'ait pas signalé dans le premier, s'il avait existé réellement. Tout nous porte donc à croire que la subluxation était réelle.

Le cas de Nélaton a fait longtemps l'objet d'une confusion regrettable. R. Horand, le premier dans sa *Revue Générale*, puis Rocher et Heully semblent le considérer, principalement à propos du traitement, comme un cas de Hanche à Ressort périarticulaire. Il n'en est rien cependant et ce cas se rapporte sans contestation à un cas de Hanche à Ressort articulaire, à signes évidents. Nélaton connaissait d'autre part le sujet de Ferraton et il affirme qu'il n'avait rien de commun avec le sien. L'opération qu'il a pratiquée avait donc bien pour but de remédier à une subluxation de la tête fémorale; on s'expliquerait d'ailleurs assez mal son opportunité pour empêcher le ressaut du fessier.

Enfin nous ne croyons pas que le cas de Gaugele puisse prêter à discussion, si la radiographie ne lui a pas fourni de renseignement indubitable, il existait un signe plus décisif qui ne peut laisser subsister aucun doute : « Par une pression exercée en bas et en arrière, il était possible de faire sortir la tête du cotyle avec bruit, tandis que les adducteurs se contractaient énergiquement et qu'il se produisait une dépression inguinale. »

L'étude attentive de ces quelques cas prouve donc qu'il existe indubitablement des cas de subluxation intermittente de la tête fémorale, s'accompagnant du bruit qui caractérise la Hanche à Ressort, et qu'il est bien difficile de

négliger cette théorie, tout en reconnaissant volontiers que, jusqu'à présent, elle ne s'applique qu'à un nombre infime de cas.

S'il nous est permis de tirer certaines déductions de ces quelques exemples, essayons maintenant de déterminer quelles sont les causes de cette subluxation. Deux théories peuvent, dans l'état actuel de la question, suffire à tous les cas : la *théorie de l'insuffisance ligamenteuse*, et *celle de la malformation ou de la destruction osseuse.*

1° *Théorie de l'insuffisance ligamenteuse.* — Toute subluxation suppose une distension anormale de la capsule et des ligaments, que cette distension soit traumatique et due à une luxation antérieure ou congénitale, et s'observant alors chez ces sujets — phénomènes bien connus, présentant une laxité étonnante de toutes les articulations (1). Preiser pense à ce relâchement ligamenteux chez ses malades et il suppose en outre un allongement anormal ou une absence du ligament rond, mais ce n'est là qu'une hypothèse. Autrement instructif est le cas de Braun qui constata à l'opération une absence complète de bourrelet cotyloïdien ; l'appareil ligamenteux s'insérait directement au pourtour osseux périarticulaire. L'importance de cette malformation ne peut guère échapper comme cause adjuvante du phénomène, le traumatisme ayant alors créé la distension ou la déchirure capsulaire nécessaire à la sortie de la tête fémorale.

2° *Théorie de la destruction ou de la malformation osseuse.* — Le principal partisan de cette théorie est Gaugele. La subluxation étant apparue chez sa malade à la suite d'une chute, Gaugele admit la destruction par traumatisme de la partie postérieure du sourcil cotyloïdien, hypothèse vraisemblable, et qui expliquerait suffisamment les dou-

(1) Voir Funk, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1892, n° 18, p. 303.

leurs intenses du début ressenties par la malade. Il faut rapprocher de cette opinion celle de Preiser, qui parle d'aplatissement de la partie postérieure du rebord cotyloïdien.

Une place à part doit être réservée dans cette théorie à la malformation osseuse dans la coxa vara. Celle-ci ne siège plus au niveau du cotyle, mais au niveau du col fémoral. Le col, fortement incliné en bas, et concave en arrière, donne à la tête une direction inférieure, c'est-à-dire qu'il la dirige vers l'endroit de moindre résistance de la capsule, et il la rejette contre la portion postérieure du sourcil cotyloïdien, dans une position telle qu'une simple adduction peut la porter en dehors. Le simple raisonnement nous permet de penser que les cas de ce genre peuvent être plus fréquents qu'on ne l'a signalé jusqu'ici.

Tel est le tableau pathogénique, rapidement esquissé, de la Hanche à Ressort articulaire.

II. — Hanche à Ressort périarticulaire.

Tous les partisans de la Hanche à Ressort périarticulaire admettent le ressaut d'un faisceau sur le trochanter, mais, pour préciser la nature de ce faisceau, les opinions diffèrent. Les uns affirment, en en donnant des preuves certaines, qu'il est formé par le bord antérieur du grand fessier, les autres soutiennent, avec des arguments moins décisifs, qu'il est constitué par l'aponévrose voisine de ce bord, le fascia lata, la bandelette de Maissiat, le tractus iléotibial, ou le tractus cristofémoral.

En raison de l'incertitude qui règne encore sur la question, et pour en donner au lecteur une vue d'ensemble plus nette, nous allons chercher successivement à déter-

miner quel est le faisceau qui ressaute sur le trochanter, puis quelles sont les causes de ce ressaut. Nous exposerons, chemin faisant, les différentes théories pathogéniques émises, et pour ne pas allonger un exposé que nous voulons aussi bref et aussi clair que possible, nous les discuterons au fur et à mesure que nous les mentionnerons.

A. — **Quel est le faisceau qui ressaute sur le trochanter ?**

1° *C'est le bord antérieur ou le tendon du grand fessier.* — Le premier auteur qui ait admis cette pathogénie fut Morel-Lavallée. Nous savons déjà à la suite de quelle discussion et dans quelles circonstances, il fut amené à émettre cette opinion et à la faire accepter par ses collègues, dont les uns comme Bouvier voulaient incriminer une loge accessoire à côté de la cavité cotyloïde, les autres comme Chassaignac un déplacement brusque du tenseur du fascia lata. Le malade de Perrin n'ayant pas été opéré, l'opinion de Morel-Lavallée ne put recevoir de confirmation, mais ce chirurgien se livra à quelques recherches sur le cadavre, qui lui parurent légitimer son interprétation. Celle-ci ne fut vérifiée d'une façon certaine, *in vivo*, que 46 ans plus tard par l'opération de Ferraton, qui constata qu'au cours de certains mouvements imprimés au membre le bord antérieur du grand fessier passait en ressautant sur le trochanter, en faisant entendre le même bruit que le malade produisait lui-même à volonté, et put se rendre compte qu'en soulevant le muscle tout bruit disparaissait. La première théorie pathogénique émise recevait donc du même coup une vraisemblance et une importance considérables. Aussi fut-elle reprise par d'autres : Kusnetzow, Bayer, Kukula, Walther Kohn, Von Brunn, Horand, puis par Rocher et par Heully, dont la « corde fibro-tendineuse » ou « le tractus fascio-glutéal » ne sont en somme

que des variantes du tendon du grand fessier. (Voir Anatomie.) Quelques-uns même apportèrent de nouvelles preuves irréfutables, tirées de leurs expériences cadavériques ou de leurs constatations opératoires. C'est Kukula, qui au cours de ses recherches sur le cadavre nous dit : « Dans la rotation en dehors de la jambe, les fibres antérieures du grand fessier passent en avant du trochanter de façon que celui-ci est complètement recouvert par eux. Si cette rotation est provoquée rapidement, toute la masse musculaire antérieure passe au-dessus de lui avec un bruit plus ou moins perceptible, comparable au « cloc » constaté chez mon malade et n'en différant que par l'intensité. » Ce sont enfin Bayer, Von Brunn, et plus récemment Gross et Heully, qui, au cours de leurs opérations, constatent le même ressaut du muscle sur la saillie du trochanter et le suppriment définitivement par la fixation du bord antérieur au périoste et aux expansions tendineuses voisines.

2° *C'est une bandelette fibreuse.* — En face de constatations aussi précises, que disent les partisans de la bandelette fibreuse ? Et d'abord quelle est cette bandelette ? Pagnier veut qu'elle soit constituée par l'aponévrose toute voisine du bord antérieur du grand fessier ; Guermonprez par le fascia lata et Cotterill par un épaississement de ce fascia lata. Staffel, Picqué, Dejouany, Dossmar prétendent que c'est simplement la bandelette de Maissiat. Pupovac et Hohmann l'appellent tractus ilio-tibial, tandis que Zur Verth, Küttner et Gaugele, ne considérant qu'une partie postérieure épaissie de ce tractus, nous parlent de tractus cristo-fémoral. (V. Anatomie.)

3° *Discussion de ces théories.* — La diversité même de ces opinions peut nous laisser supposer qu'il n'en existe aucune de juste, et cette impression ne fera que se confirmer à l'examen des arguments sur lesquels elles sont étayées.

Tout d'abord, il semblerait que, pendant le ressaut d'un cordon fibreux, les signes extérieurs soient moins nets, car, une simple bandelette fibreuse, même considérablement épaissie, comme l'admet Staffel, ne paraît pas capable de former une voussure aussi appréciable que celle d'un muscle comme le grand fessier, ni de donner les mêmes sensations au palper. Or, on est étonné de trouver décrits dans les observations les mêmes signes, même voussure limitée en avant par la même dépression, etc... La chose paraît invraisemblable ou pour le moins contradictoire, car, en admettant même l'antagonisme du fessier et du muscle fascia lata, l'un attirant la corde fibreuse en arrière, l'autre en avant, comment arrive-t-on à constater la contraction du fessier dans le ressaut de la corde en avant ? Pupovac a donné une reproduction photographique d'une attitude de son sujet, dans laquelle la voussure et la gouttière antérieure sont des plus accusées, et présentent exactement le même aspect que celles qui sont reproduites sur nos photographies. D'après lui, la gouttière représenterait le limite postérieure du « tractus ilio-tibial », qui vient de « se luxer en avant » ! Ne représente-t-elle pas plutôt la limite du bord antérieur du grand fessier contracté ?

Mais essayons de trouver dans les opérations des arguments plus précis. La chose, disons-le tout de suite, sera difficile. Pupovac, partisan de la « luxation du tractus ilio-tibial », ne nous dit pas ce qu'il a vu au cours de son intervention et ce qui pourrait nous convaincre de cette prétendue luxation. Il sutura le fascia lata au bord antérieur du fessier et au périoste du trochanter, et le succès dont fut suivie l'opération peut aussi bien être attribué à l'immobilisation de ce bord antérieur du fessier qu'à celui du tractus.

Hohmann, partisan du glissement de la « bandelette ilio-

tibiale », donne plus de détails, mais il constate pendant l'opération que le glissement du bord antérieur du fessier sur le trochanter donne lieu au même ressaut et au même bruit que ceux attribués par lui au glissement de la bandelette. C'est d'ailleurs le fessier qu'il immobilise aussi, en le fixant au trochanter et à l'expansion tendineuse du vaste externe. Cette opération ne pourrait-elle pas alors figurer plus haut avec celle de Bayer et de von Brunn ? Dossmar et Cotterill ont aussi opéré leur malade, mais ils ne donnent aucun détail.

Zur Verth, partisan « de la luxation du tractus cristo-fémoral », fit des recherches sur le cadavre, mais comme il considère ce tractus comme le prolongement du bord antérieur du grand fessier, ses expériences conduisent aux mêmes conclusions que celles de Kukula (1).

Ce ne sont donc pas les preuves tirées de ces faits qui entraîneront notre conviction. Quant aux autres défenseurs de la théorie, ils se contentent d'affirmations, sans nous fournir aucun argument capable de nous faire croire à un ressaut, produit plutôt par le glissement en avant d'une bandelette fibreuse que par celui du bord antérieur du grand fessier.

C'est donc, en résumé, à cette pathogénie du ressaut fessier que nous nous arrêterons, car les preuves certaines fournies par Morel-Lavallée, Ferraton, Bayer, von Brunn et Kukula n'ont même pas été contrebalancées par une découverte quelconque ou un argument précis en faveur du ressaut d'une corde fibreuse.

(1) Nous pouvons donner ici, bien qu'elle n'ait pas encore été émise publiquement, l'opinion de M. Rieffel, qu'il nous exposa dans une courte entrevue que nous avons eu l'honneur d'avoir avec lui. D'après M. Rieffel la bande qui ressaute est formée par l'épaississement postérieur du fascia lata, décrit par Farabeuf. (V. Anatomie.)

Cette opinion doit être exposée plus longuement à propos du rapport de la communication de M. Mouchet, dans une séance très prochaine de la Société de Chirurgie.

B). — **Quelle est la cause du ressaut?**

La nature exacte de la bande qui ressaute nous étant connue, cherchons à savoir maintenant comment et pourquoi se produit le ressaut?

Les théories émises jusqu'à présent, et qui ont cherché à résoudre ce problème intriguant, peuvent se diviser en trois groupes que nous allons étudier successivement.

1° *La théorie de la bourse séreuse;*

2° *Les théories osseuse et articulaire;*

3° *La théorie musculaire.*

1° Théorie de la bourse séreuse. — Cette théorie a eu pour origine les idées fausses que se sont fait certains auteurs sur la constance de la bourse séreuse trochantérienne, signalée par certains anatomistes et en particulier par Merkel. Plusieurs opérateurs, Bayer dans ses deux cas, Hohmann, Von Brunn, ayant constaté l'absence de cette bourse et son remplacement par du tissu cellulaire lâche, ont été naturellement tentés d'attribuer la cause du ressaut à ce qu'ils prenaient pour une anomalie. Von Brunn surtout s'est fait le défenseur convaincu de cette opinion; d'après lui, l'absence de cette bourse, destinée normalement à faciliter le glissement du grand fessier sur le grand trochanter, aurait pour conséquence de rendre ce glissement saccadé et douloureux, les fibres antérieures du grand fessier subissant contre le bord postérieur du trochanter un arrêt que ne serait pas capable d'empêcher un tissu cellulaire lâche, n'ayant jamais le moelleux d'une bourse.

Au premier abord, cette théorie semble présenter quelque degré de vraisemblance, mais que penser maintenant de ceux qui, pour expliquer le phénomène, ne mettent plus en cause son absence, mais sa présence ? Guermonprez,

Preiser sont de cet avis, et Zur Verth n'est pas éloigné de penser de même. A leur avis, la bourse séreuse supprime toute phase de transition et impose la nécessité de passer d'un extrême à l'autre. Certains chirurgiens ont été même jusqu'à l'extirper (obs. LIV) et, chose plus bizarre, ont réussi par là à supprimer le ressaut.

Ferraton avait de son côté trouvé une bourse normale, et Pupovac une bourse enflammée, mais sans leur attacher d'importance spéciale.

Toutes ces constatations contradictoires sont la meilleure preuve de l'insuffisance de cette théorie.

Comment songerait-on à rendre responsable du phénomène cette bourse séreuse du grand fessier, puisque le ressaut se produit, qu'elle soit normale, absente, ou enflammée ?

2° Théories osseuse et articulaire. — Cette théorie met en cause soit des anomalies articulaires, soit des anomalies portant sur le trochanter.

Kukula ayant trouvé sur les radiographies de ses trois sujets un agrandissement du cotyle vers sa partie supérieure, où l'on pouvait noter la présence d'une fente claire triangulaire, en déduit cette explication pathogénique : cet agrandissement a pour conséquence des mouvements d'une amplitude supérieure à la normale dans l'articulation et, par suite, le relâchement des ligaments et de la capsule. La tête, ayant dès lors tendance à sortir de sa cavité, est maintenue en place par une contraction réflexe du grand fessier et c'est le passage sur le trochanter du muscle ainsi contracté qui provoque le bruit et le ressaut caractéristique. Cette explication est plus ingénieuse que précise. Zur Verth prétend avoir trouvé le même agrandissement dans beaucoup de cas absolument normaux; nous ne sommes pas éloignés de le croire, d'autant

plus que les radiographies de Kukula ne montrent pas une fente triangulaire aussi accusée et aussi nette que le prétend l'auteur.

L'opinion de Preiser, dans son cas où subluxation et ressaut se combinaient, est à rapprocher de celle-ci. La tête, en se déplaçant en dehors et en arrière, ferait saillir le trochanter, sur lequel ressauterait le tendon du fessier.

Plus simple est la théorie osseuse proprement dite. On a incriminé dans la production du ressaut la saillie exagérée du trochanter, soit par allongement du col, soit par modifications de l'angle trochantéro-fémoral. Le fait que cette saillie du trochanter a été signalée assez souvent à l'inspection, notamment par Perrin, Guermonprez, Bayer, Kusnetzow, Pagnier, etc..., donne à cette opinion une certaine vraisemblance, bien que la chose n'ait jamais été constatée à l'opération ou sur la radiographie.

D'autres fois l'inclinaison du trochanter était normale, mais l'apophyse présentait sur sa face externe une tubérosité, comme celle que signale Guermonprez sur le bord postérieur et que Rocher constata trois fois à la partie inférieure de la crête du moyen fessier ou sur la crête du vaste externe, deux fois à la palpation (obs. XLVI, XLIX) et une fois à la radiographie (obs. XLVII) (tubercule trochantérien). (V. Anatomie.)

Nous ne voulons pas nier la réalité de ces constatations, mais il est bien certain qu'il ne s'agit là que de faits exceptionnels, insuffisants pour étendre cette théorie à la totalité des cas.

3° Théorie musculaire. — Aussi contradictoire que la première, cette théorie est peut-être encore la plus satisfaisante quand on sait l'interpréter. Si nous signalons tout à fait à part la constatation un peu spéciale faite par Thiéry d'un noyau osseux, inclus dans le pyramidal et qui

basculait sur le trochanter dans les mouvements étendus de flexion et d'extension de la cuisse, deux opinions diamétralement opposées restent en présence et mettent en valeur le rôle du grand fessier. Mais pour les uns le ressaut se produit parce que le fessier est *contracté*, pour les autres parce qu'il est *relâché*. Envisageons chacune de ces opinions.

a) *Le grand fessier est contracté.* — Nous connaissons déjà la théorie de Kukula, d'après laquelle la contraction est d'origine réflexe et destinée à s'opposer à la sortie de la tête fémorale. Ce ne serait donc qu'un phénomène secondaire. Telle n'est point l'opinion de la majorité des auteurs, qui le considèrent tout au contraire comme primitif. Ferraton remarquait déjà que le ressaut ne pouvait être produit par des mouvements passifs que si le sujet contractait volontairement ses muscles fessiers. Après lui, Kusnetzow signale (obs. XII, XIII) que le bruit coïncide avec une contraction musculaire et une saillie de la région fessière, et Pagnier (obs. XV) nous dit textuellement : « Pendant les mouvements passifs, si la résolution musculaire est complète, tout ressaut disparaît » ; dans une autre observation (obs. XXII) : « étant couché, le malade provoque le ressaut à volonté en contractant ses muscles » ; dans une troisième enfin (obs. XXIII) : « Un fait se dégage de ce qui précède : dans tous les cas où il y a production du ressaut, il y a contraction musculaire. » Staffel n'est pas moins affirmatif (obs. XXXII) : « En élevant et en abaissant la jambe étendue, dit-il, le faisceau passe sur le trochanter sans craquement, probablement parce qu'il manque de la tension nécessaire, mais cette tension peut être produite par une forte adduction de la cuisse ou par contraction du fessier, et le ressaut se produit alors d'une façon très nette. » Gaugele (obs. XLIII), bien qu'interprétant faussement le but

de cette contraction, a su aussi la mettre en évidence. « Le sujet s'appuie sur la jambe droite, fléchit la gauche, élève la hanche droite et abaisse la gauche, puis, par contraction musculaire, il repousse manifestement son trochanter en arrière. » Nous faut-il encore d'autres descriptions aussi précises. Voici celles de Rocher (obs. XLVI): « Le ressaut se produit en toutes circonstances... et par simple contraction musculaire »; puis (obs. XLVII) : « Le ressaut caractéristique se produit plus ou moins fort suivant la violence plus ou moins grande de la contraction des muscles fessiers » ; celle de Cluzeau (obs. LII) : « Dans tous ces mouvements, c'est toujours le ressaut de flexion qui se produit, mais il ne faut pas oublier de faire intervenir à temps la contraction énergique du grand fessier »; celle enfin de M. Mouchet (obs. LIII): « Il semble bien que ce ressaut visible soit dû uniquement aux fibres antérieures du grand fessier qui se contractent puissamment. »

De tels arguments concordent entièrement avec les constatations personnelles que nous avons faites sur tous nos sujets, et la description que nous avons donnée en son temps de l'attitude du malade. Cette théorie, il faut l'avouer, est assez séduisante ; elle repose sur des faits observés par tous et elle nous rend suffisamment compte de l'origine du phénomène : le bord antérieur fortement contracté du grand fessier prend des rapports plus intimes avec le trochanter, glisse par suite moins facilement sur toutes les aspérités de ses bords ou de sa face externe, et comme le ferait une corde tendue, ressaute sur lui avec un bruit d'autant plus intense que l'obstacle est plus sérieux. De plus, une légère distinction nous permet d'envisager le phénomène aussi bien dans la Hanche à Ressort congénitale que dans la Hanche à Ressort acquise : dans le pre-

mier cas, la contraction est *volontaire*, dans le second elle est *réflexe*, et provoquée par la douleur.

b) *Le grand fessier est relâché.* — Ce relâchement, qui siège sur le muscle lui-même ou sur le tendon, reconnaîtrait pour cause soit une atrophie du muscle constatée par Pupovac à l'opération, soit une paralysie admise par Dossmar et Zur Verth et due à l'hystérie ou à la fatigue, soit une déchirure du muscle (simple supposition de Zur Verth) ou une déchirure du fascia lata trouvée par Cotterill pendant l'intervention, soit enfin un relâchement volontairement provoqué (Zur Verth). Dans tous ces cas, le mécanisme serait simple : le muscle tenseur du fascia lata, antagoniste du fessier, attirerait en avant la bandelette de Maissiat ou le tractus cristo-fémoral, qui, au cours de ce mouvement, ressauterait sur le trochanter; il y aurait donc véritable « luxation » du tractus ou de la bandelette (Pupovac, Zur Verth).

Pour d'autres, le muscle lui-même est indemne, mais c'est son tendon qui est relâché. Deux auteurs se sont faits les défenseurs de cette théorie: Bayer et tout récemment Heully. Bayer, à vrai dire, en nous proposant cette pathogénie, nous présente plus une hypothèse qu'un fait précis; et ses déductions sont amenées uniquement par cette constatation faite à l'opération « que le bord antérieur du fessier se laissait facilement soulever »; « n'ayant trouvé, nous dit-il, aucune affection des bourses séreuses, le trochanter étant normal, et sa surface ne présentant aucune irrégularité, il ne nous restait plus qu'à admettre que la cause du bruit devait résider dans la laxité anormale du tendon du grand fessier. » C'est là une affirmation qui n'est rien moins que démontrée et à laquelle il manque nombre de preuves !

D'une façon tout autrement sérieuse doivent être envi-

sagées les hypothèses et les constatations de Heully, puisque cet auteur en a tiré toute une théorie pathogénique de la Hanche à Ressort, applicable, d'après lui, à tous les cas. Voici les évolutions successives de sa conviction: ayant supposé d'abord que, dans le cas de son blessé, le traumatisme avait pu produire une désinsertion de la partie supérieure du tendon du grand fessier, puis des expériences cadavériques ayant légitimé cette hypothèse première, l'opération enfin l'ayant complètement confirmée, Heully érigea en vérité absolue cette définition : « La Hanche à Ressort traumatique est due à une désinsertion de la partie supérieure du tendon du grand fessier, que cette désinsertion soit produite par un choc direct ou par une contraction musculaire intense. » Cette désinsertion agirait en provoquant une mobilité anormale du tendon du grand fessier (tractus fascio-glutéal), qui lui permet de passer au devant du trochanter à l'occasion de mouvements peu étendus. Procédant par analogie, et pour que cette théorie pût aussi bien s'appliquer à la Hanche à Ressort congénitale, il la compléta par cette hypothèse, qui chez lui prend les proportions d'une véritable affirmation: « Dans la Hanche à Ressort congénitale, cette laxité du tendon du fessier est due à son insertion basse. »

Pour notre part, nous n'hésitons pas à soutenir qu'ainsi émise, cette opinion est inadmissible, et qu'elle représente exactement le contraire de la vérité. Non seulement cette désinsertion du tendon n'a jamais été signalée par aucun opérateur, mais d'autres arguments viennent encore réfuter l'influence du relâchement musculaire. Que devient alors le rôle primordial, que tous les auteurs s'accordent à faire jouer à la contraction musculaire ? Par quoi est formée cette voussure caractéristique que l'on sent se contracter sous la main et que représentent toutes les photographies

qui en ont été faites ? Comment expliquer la fatigue survenant à la longue chez le sujet qui provoque volontairement le phénomène, son impossibilité de le produire, s'il ne contracte pas ses muscles fessiers, sa suppression immédiate, dès que cesse cette contraction ? Comment enfin interpréter les faits où le ressaut se produit en dehors de tout mouvement du membre ou du bassin, par la seule contraction des muscles fessiers ? Le fait que Heully a pu reproduire le ressaut bruyant sur un certain nombre de cadavres après désinsertion préalable du tendon fessier n'est qu'un argument bien faible à cette cause. Les conditions dans lesquelles se font ces expériences sont trop différentes des conditions normales de production du phénomène sur le vivant pour qu'elles puissent prouver quelque chose, et nous croyons, pour notre part, qu'il est facile de leur faire dire tout ce que l'on veut. Les expériences de Perrin et de Morel-Lavallée n'ont-elles pas confirmé également leurs théories réciproques ? Nous avons essayé nous-mêmes de les renouveler, pourquoi n'avons-nous obtenu aucun résultat ? D'ailleurs, s'il nous fallait réfuter la théorie de Heully par des résultats contradictoires, nous n'aurions qu'à citer les expériences négatives faites par Cluzeau, puis par M. Mouchet, qui, bien qu'ayant minutieusement suivi sa technique, ne parvinrent jamais à obtenir la moindre ébauche de ressaut ou de bruit.

Remettons impartialement les choses à leur véritable place. Chercher, de parti pris, à systématiser et à généraliser est, à notre avis, une faute. Aucune des théories précédentes, prise isolément, n'est satisfaisante ; seule la théorie de la contraction musculaire parvient à nous rendre compte de certains faits, mais, même avec elle, une part d'inconnu persiste, et cet inconnu, nous en avons la per-

suasion, n'est pas fait d'un facteur unique. Si nous admettons, comme nous avons essayé de le démontrer, que le bruit de la Hanche à Ressort est produit par le ressaut du bord antérieur du fessier contracté sur un obstacle, il nous reste à savoir quel est cet obstacle. Est-ce le trochanter lui-même présentant une inclinaison transversale plus accusée que normalement, ou ne devenant saillant que sous l'influence des mouvements d'adduction du membre effectués par le sujet ? Les constatations de Rocher sur l'ouverture de l'angle trochantéro-fémoral, le signalement fait par maints auteurs d'une région trochantérienne proéminente, l'attitude appropriée du malade dans certains cas rendent l'hypothèse plausible. Est-ce une rugosité spéciale de sa face externe, une saillie trop accentuée de ses bords, une exostose ostéogénétique ou traumatique, un « tubercule trochantérien » très développé, la chose est encore possible, et nous ne comptons que sur des opérations ultérieures pour nous apporter une clarté nouvelle sur ce point.

Pour nous résumer et conclure, de cette longue mais nécessaire discussion, nous formulerons ainsi notre opinion personnelle : Le phénomène de la Hanche à Ressort est sous la dépendance de deux éléments indispensables, dont l'un est constant, l'autre variable :

1° L'élément constant est constitué par le tendon ou bord antérieur du grand fessier contracté, sautant sur un obstacle (non par un épaississement cylindroïde dû à l'union de ce tendon avec les deux feuillets de dédoublement du fascia lata, qu'il ne nous a jamais été donné de constater au cours de nos dissections). Cette contraction du fessier est volontaire dans la Hanche à Ressort congénitale ; elle est réflexe et provoquée par la douleur dans la Hanche à Ressort acquise.

2° L'élément variable est constitué par l'obstacle trochantérien, que cet obstacle soit formé par le trochanter lui-même anormalement saillant, ou par des exubérances et des rugosités de sa face externe, congénitales ou résultant d'un traumatisme.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

D'après ce que nous avons dit des symptômes, nous pouvons d'ores et déjà conclure que le diagnostic sera dans la majorité des cas fort simple, au moins dans la Hanche à Ressort périarticulaire ; il suffira de connaître l'existence

Fig. 5. — Hanche normale (*Paris Médical*).

du phénomène et d'y penser. Le bruit de déclanchement si spécial, coïncidant avec le ressaut, que l'on pourra voir et sentir à la palpation, l'attitude parfois si caractéristique du sujet, l'absence de tout déplacement de la tête fémorale, constatée à plusieurs reprises et dans des attitudes diverses, seront des signes suffisants pour affirmer le

diagnostic. Ce sont d'ailleurs les seuls sur lesquels on puisse compter, car les autres moyens d'investigation, comme la *radiographie*, ne serviront guère qu'à montrer l'aspect normal de la hanche ou les anomalies du trochanter. Nous donnons ici les radiographies de la hanche gauche d'un de nos sujets, l'une en position de repos, l'autre en position de ressaut : on voit qu'il est difficile de lire autre chose qu'une attitude d'adduction et de rotation interne du fémur sur l'épreuve correspondant à la position du

Fig. 6. — Radiographie de la hanche des Fig. 2 et 3 pendant le ressaut du fessier (*Paris médical*).

ressaut. Ces radiographies sont comparables à cet égard à la plupart de celles qui ont été publiées jusqu'ici.

Le diagnostic devra toujours se compléter par celui de la variété, congénitale ou acquise, à laquelle on a affaire. L'interrogatoire devra donc rechercher depuis quand existe le phénomène, comment il s'est manifesté, s'il est consécutif à un traumatisme et s'il se produit avec le concours de la volonté du sujet ou en dehors d'elle.

Diagnostic différentiel. — La hanche à ressort périarti-

culaire ne pourra pas être confondue avec une *arthrite* aiguë, chronique ou sèche, dont elle ne présente aucun des symptômes, et cependant le fait mérite d'être signalé, puisque Thiéry (obs. XXXVI) nous dit que quatre ou cinq médecins avaient conclu à l'existence d'une arthrite sèche coxo-fémorale lors des examens antérieurs de son blessé. La confusion avec une *hygroma de la bourse trochantérienne* ne sera pas davantage possible, bien que Bayer y ait pensé tout d'abord. Cette erreur pourrait se produire à la rigueur dans la Hanche à Ressort traumatique, alors que la tuméfaction et l'empâtement de la région masquent encore plus ou moins le ressaut pathognomonique, mais elle ne tardera pas à être reconnue. Les mêmes éléments de diagnostic permettront encore de rejeter l'hypothèse d'une *péri-arthrite* de la hanche, d'une *trochantérite*, d'un *hygroma chronique* et *crépitant*, d'une *coxalgie*, avec laquelle, cependant, la confusion a été faite (obs. XIV, XXII).

Aussi bien, ces diagnostics différentiels n'offrent que peu d'intérêt, et il n'y a en réalité qu'un diagnostic utile à faire : c'est celui de la Hanche à Ressort par ressaut fessier trochantérien avec la Hanche à Ressort par subluxation intermittente, et tout l'intérêt de ce diagnostic réside dans ce fait que très souvent ces deux variétés ont été confondues. Perrin avait présenté son soldat à la Société de Chirurgie comme atteint de subluxation. Celui de Ferraton lui avait été adressé à l'hôpital militaire d'Oran comme présentant une subluxation récidivante de la hanche droite ; il en a été de même pour les deux sujets de Kusnetzow et le soldat de Pagnier (obs. XV). Kukula (obs. XIX), en examinant son blessé, crut d'abord avoir affaire à un cas de subluxation de la hanche droite ; ce fut aussi la première impression de M. Mouchet en présence de son sergent de ville (obs. LIII). Enfin ne voyons-nous pas des médecins, at-

teints de Hanche à Ressort congénitale, être convaincus qu'ils se subluxent la tête fémorale (obs. XXIV, LV, LVII).

En réalité, le doute et l'hésitation, bien pardonnables autrefois, ne sont plus permis aujourd'hui. Le diagnostic de subluxation sera des plus faciles, s'il est possible de sentir la tête fémorale en dehors du cotyle ; mais même dans les cas où ce renseignement fera défaut, le diagnostic sera encore des plus simples, si on constate l'absence complète de ressaut musculaire, le déplacement du trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, la rotation interne du pied et un raccourcissement réel du membre. Ce que nous avons dit d'ailleurs des symptômes de la Hanche à Ressort articulaire est suffisamment explicite à cet égard.

La radiographie pourra peut-être dans ce cas rendre un peu plus de services que précédemment, si elle montre nettement que la tête est sortie de la cavité articulaire. Mais il ne faudrait pas s'exagérer outre mesure l'importance de la radiographie dans ce cas ; tout d'abord elle est très difficile à pratiquer dans la position de subluxation, et, en outre, elle ne confirme pas toujours un diagnostic basé sur des signes évidents. C'est ainsi que Nélaton et Gaugele (obs. VI et VII) n'en retirèrent que des renseignements imprécis et tout à fait insuffisants, alors que la réalité de la subluxation ne laissait place à aucun doute chez chacun de leurs sujets. L'examen radiographique n'acquiert donc une certaine valeur que s'il fournit des résultats positifs.

CHAPITRE X

ÉVOLUTION. DURÉE. PRONOSTIC

Il est facile de comprendre que la marche et le pronostic de l'affection ne seront pas les mêmes dans la Hanche à Ressort congénitale ou dans la Hanche à Ressort acquise, qu'il s'agisse de la variété articulaire ou de la variété périarticulaire.

Si l'affection est congénitale, on ne saurait parler d'évolution : le phénomène restera ce qu'il a toujours été, apparaîtra ou cessera avec le bon vouloir du sujet et sa durée sera indéterminée. Son indolence d'ailleurs et l'absence presque complète de troubles fonctionnels font que le sujet le conserve avec insouciance, ou sans même y prêter attention. Bruneau n'était-il pas capable d'exercer sa pénible profession de médecin de campagne par tous les temps et sans arrêt, à pied, à cheval, à bicyclette ? De même, la subluxation habituelle que présentait la jeune malade de Preiser n'avait-elle pas toujours été dénuée de tout inconvénient ? Tout au plus certains nerveux ou hystériques pourront-ils s'exagérer l'importance du phénomène et présenteront-ils une véritable obsession, qu'un traitement insignifiant mais approprié à l'état d'esprit du sujet fera disparaître complètement, témoin cette injection d'eau distillée que pratiqua Rocher (obs. XLVIII) dans la fesse de son malade atteint d'une phobie de coxalgie ?

C'est assez dire que dans ce cas le pronostic est excel-

lent, si l'on peut appeler pronostic la destinée d'un état normal.

Le tableau n'est plus le même dans la Hanche à Ressort acquise. Le sujet devient alors un impotent pour un temps plus ou moins long, pendant lequel il lui faudra garder le lit. Quand il commencera à se lever et à reprendre son travail, il souffrira, et éprouvera une certaine gêne fonctionnelle. Rarement cette gêne disparaîtra complètement avec le temps ou par le repos; l'exemple qu'en donne Horand (obs. XIV) est une exception. Il est de règle, au contraire, qu'elle demeure stationnaire ou même qu'elle augmente progressivement, provoquant un accroissement parallèle des phénomènes douloureux qui mettront le blessé dans l'obligation de cesser tout travail ou de recourir à l'opération (obs. XIX, XXV, XLII, XLV, etc.). L'évolution est sensiblement la même dans la Hanche à Ressort articulaire (obs. VI). Si, dans ce cas, le pronostic n'est jamais d'une gravité réelle, il mérite cependant d'être envisagé, puisque le traumatisme fait de l'ouvrier un demi-infirme, auquel seule une opération pourra rendre l'aptitude première au travail; mais une guérison obtenue dans de telles conditions ne nous paraît pas être chose négligeable.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

Le traitement peut être *médical* ou *chirurgical*.

A. Traitement médical. — Bien qu'on ne s'explique guère comment il pourrait agir, le traitement médical peut toujours être tenté, mais il n'a de chances de réussir que s'il s'adresse à des sujets nerveux ou impressionnables, et il agit alors plus par persuasion et suggestion que par action réelle. C'est probablement dans ce but qu'ont été proposés les agents thérapeutiques les plus variés : immobilisation dans le plâtre, extension continue, repos prolongé au lit, massage, air chaud, bains de lumière ou d'acide carbonique, bains sulfureux, frictions, révulsion sous toutes ses formes, etc... Si l'on peut reconnaître à quelques-uns d'entre eux une certaine efficacité contre l'élément douleur, ils ont, par contre, à peu près tous échoué dans la suppression du phénomène lui-même. Seul Horand put obtenir une guérison stable par un repos au lit et l'application de pastille de potasse derrière le grand trochanter, mais c'est là un résultat exceptionnel, et peu de malades auront la patience ou le temps de se soumettre à un tel traitement.

B. Traitement chirurgical. — L'opportunité de l'intervention sanglante a été mise en doute par quelques auteurs. Bruneau, notamment, s'étonne que l'on opère une Hanche à Ressort, et, nous dit-il, il n'éprouve quant à lui aucune

envie d'être opéré d'une affection dont il ne souffre pas. Certes, nous ne saurions que l'approuver, mais le tort qu'il a eu a été de déduire du particulier au général, et de croire que toutes les Hanches à Ressort étaient d'origine congénitale comme la sienne. Si nous sommes entièrement d'avis de la respecter dans ce cas, quand elle ne provoque aucune souffrance ou qu'elle n'est pas un obstacle aux occupations habituelles, nous croyons que les douleurs et la gêne de la Hanche à Ressort traumatique constituent une indication formelle à l'intervention. La meilleure preuve en est que souvent le malade n'attendra pas qu'on la lui propose et la réclamera impérieusement; elle sera d'ailleurs sa seule chance de guérison. Dix opérations ont été pratiquées jusqu'ici, et toutes ont été suivies d'un succès complet. Parmi elles deux s'adressaient à des cas de subluxation fémorale et se sont proposé d'empêcher la sortie de la tête, les huit autres ont eu pour but de s'opposer au ressaut trochantérien (dans un de ces cas, l'opération porta successivement sur les deux hanches).

a) Hanche a Ressort articulaire. — Les deux cas de subluxation ont été opérés par Braun et par Nélaton. Le premier, pour remédier à l'absence de bourrelet cotyloïdien, détacha à la gouge la partie supérieure du sourcil cotyloïdien, le rabattit sur la tête fémorale et le fixa aux ligaments voisins. La malade fut ensuite immobilisée pendant quelque temps dans un appareil plâtré. A la levée de l'appareil, il était facile de constater que la tête ne sortait plus, mais les mouvements de la hanche étaient limités. Les massages et la mobilisation parvinrent à la longue à rendre à l'articulation un peu de sa souplesse; un an plus tard la malade fut présentée à une société médicale, complètement guérie.

Le procédé de Nélaton diffère totalement de celui-ci, et

ne lui cède rien comme ingéniosité. Le but cherché fut d'empêcher que l'adduction de la cuisse pût s'accompagner de rotation interne exagérée, position dans laquelle la tête se subluxait. On fit une incision verticale de 10 à 12 cm.

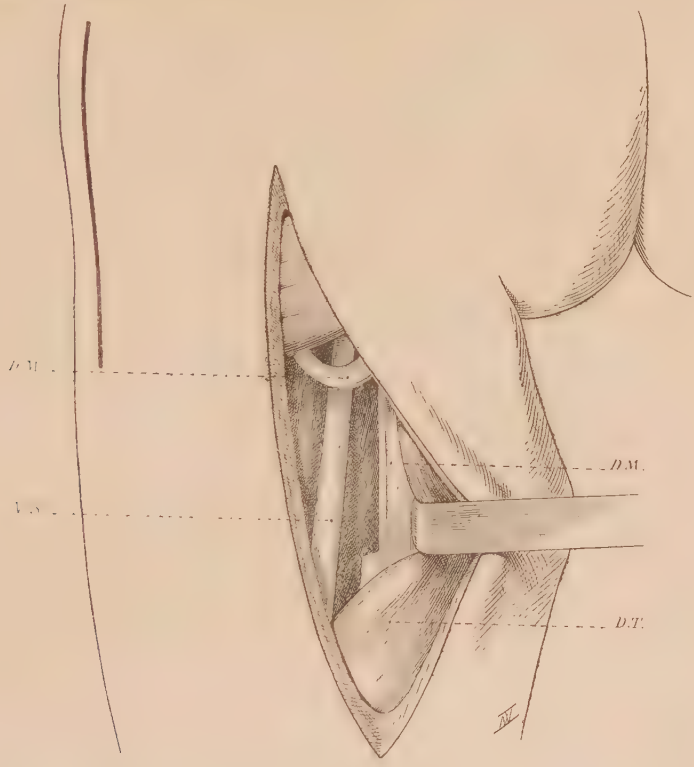

Fig. 7. — Opération de Ch. Nélaton pour Hanche à Ressort articulaire; découverte du tendon demi-membraneux dans lequel on taille une lanière (*Paris médical*).

sur le milieu de la face postérieure de la cuisse (fig. 7), commençant à 2 cm. au-dessus du bord inférieur du grand fessier; puis on incisa le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose sur le bord interne charnu du demi-tendineux. Ce muscle est alors écarté en dehors et laisse voir au-dessous de lui le demi-membraneux. Ce muscle et son tendon

étant bien reconnus, on sectionne et on détache de son bord interne une bande épaisse de 1 cm., longue de 7 à 8 cm.,

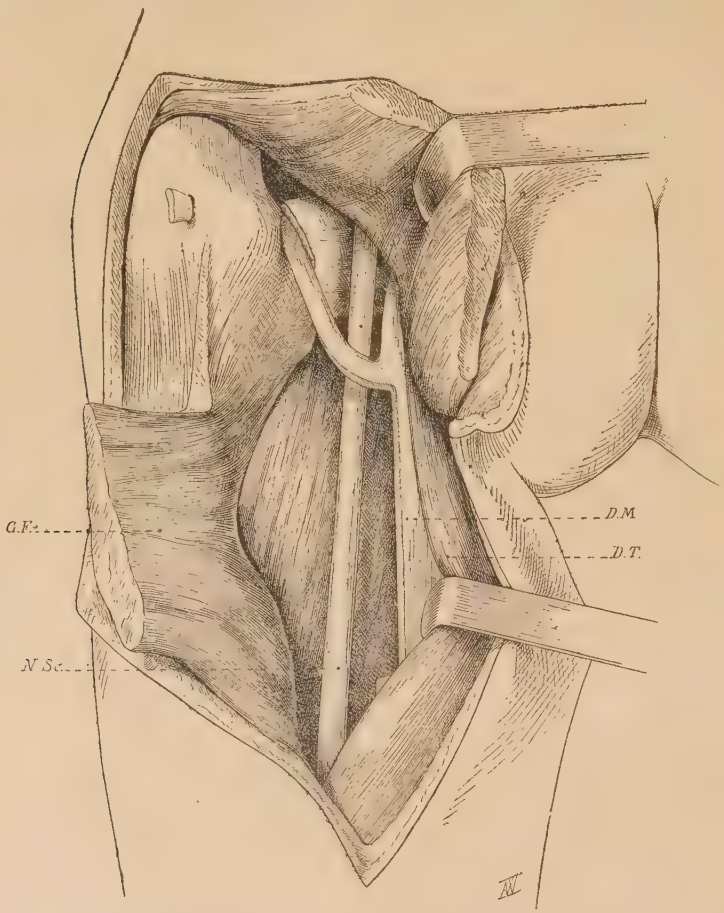

Fig. 8. — Opération de Nélaton. La lanière du demi-membraneux a été introduite dans le tunnel osseux trochantérien. Le grand fessier est divisé pour permettre de voir (*Paris médical*).

qu'on relève et qu'on conduit jusque dans la fosse digitale du trochanter (fig. 8). Une seconde incision est alors faite sur la face externe du trochanter que l'on découvre,

et à l'aide d'une fraise ou d'une gouge, on perfore de dehors en dedans le trochanter de façon à établir un tunnel se rendant dans la fosse digitale. Avec des pinces introduites dans ce tunnel, on saisit le cordon tendineux détaché du demi-membraneux et on en fixe l'extrémité au périoste après s'être assuré que la longueur du cordon ne permet plus la rotation interne exagérée. Le résultat cherché fut obtenu, et la guérison complète.

b) Hanche a ressort périarticulaire. — Plus simples ont été les interventions destinées à supprimer le ressaut de la Hanche à Ressort périarticulaire.

C'est Bayer en 1907 (l'opération de Ferraton n'avait été qu'exploratrice), qui fixa le mode opératoire uniquement adopté par la suite. La technique qu'il employa chez les deux sujets qu'il opéra fut la suivante. Une incision parallèle au bord antérieur du grand fessier le fait tomber sur le tendon de ce muscle; il incise ce tendon et la partie inférieure du muscle, soulève les bords de cette incision et arrive ainsi à la face profonde du fessier. Par deux rangées parallèles de points de suture, il fixe alors le muscle par sa face profonde au périoste du trochanter d'une part, en avant et en arrière du milieu de cette apophyse, et d'autre part à l'aponévrose du vaste externe. Il immobilise ainsi le muscle et empêche le ressaut de son bord antérieur : réunion des lèvres de l'incision du tendon et du muscle, drainage, guérison complète.

Presque toutes les opérations ultérieures ne sont en somme que la répétition de celle-ci, légèrement modifiée ou complétée par leurs auteurs. C'est ainsi que Hohmann et après lui Dossmar, pour donner un point d'arrêt plus solide au bord antérieur du fessier, le fixe derrière le bord postérieur du trochanter, en le suturant au périoste, à la portion de la capsule sous-jacente et à l'aponévrose du vaste externe.

Pupovac, après avoir fixé le bord antérieur du fessier au trochanter, suture la lèvre postérieure de l'incision du fascia lata au périoste du grand trochanter et à l'aponévrose du vaste externe, et la lèvre antérieure de cette même incision à la face postérieure du grand fessier. Il raccourcit ainsi ce plan aponévrotique, dans le but de compenser le relâchement et l'atrophie du muscle, cause du phénomène. La même méthode fut employée récemment par Gross et Heully.

Von Brunn, pour mieux assujettir le bord antérieur du grand fessier, le place dans une rigole creusée sur la face externe du trochanter, et le suture au périoste avoisinant. Dans une opération ultérieure pratiquée sur la même malade et sur l'autre hanche, il complète encore cette technique par la méthode de Pupovac, c'est-à-dire le doublement du plan aponévrotique (1).

Seul, Cotterill employa une technique différente et très simplifiée ; ayant trouvé le fascia lata déchiré, il se contenta simplement de le suturer.

Nous devons encore, pour être complet, citer une opération d'exception, pratiquée par Zur Verth et mentionnée par Schepers dans sa thèse. Elle emprunte son caractère anormal à des circonstances particulières ; Zur Verth, ayant constaté l'existence d'un fibrôme au niveau du « tractus cristo fémoral » et le rendant responsable du ressaut, l'extirpa. La disparition du bruit et la guérison s'en suivirent.

Quelques auteurs, comme Hohmann, Gross et Heully, ont, après l'opération, appliqué un appareil plâtré, destiné à assurer l'immobilité complète du membre et la cicatrisa-

(1) Dans son travail tout récent, Voelker propose un procédé beaucoup plus simple et qui consiste uniquement à séparer par une incision les fibres musculaires du grand fessier de leur insertion au fascia lata.

tion plus parfaite de la suture ; mais cette précaution ne semble pas indispensable et la guérison est aussi bien survenue sans le concours du plâtre, 15 jours après l'intervention chez l'opéré de Pupovac, 16 jours après chez celui de Bayer, 6 semaines après chez ceux de Hohmann et de Gross et Heully.

Les heureux résultats obtenus dans tous ces cas semblent donc bien répondre aux indications opératoires, et confirment pleinement la pathogénie que nous admettons plus haut ; ils montrent enoutre toutes les espérances que le porteur de Hanche à Ressort est en droit de retirer d'une intervention aussi simple et inoffensive.

OBSERVATIONS (1)

I. — Hanche à ressort articulaire

Observation nº I. — (Braun) : « Ueber die willkürlichen Verrenkungen des Hüftgelenks », *Archiv. für klin. Chir.*, tome LXXX, pp. 526-556.

Jeune fille de 17 ans, en traitement pour une appendicite, présentant un raccourcissement de 7 cm. de la jambe droite, avec atrophie musculaire de la cuisse et mobilité anormale de toutes les articulations. Jambe gauche normale. Tous ces troubles existaient depuis son plus jeune âge.

Trois mois après son opération, elle rentre à la clinique parce qu'elle a ressenti subitement, en arrachant des pommes de terre, un craquement dans la hanche gauche avec douleurs violentes qui depuis se renouvellent dans la marche, en s'accompagnant d'un bruit intense qu'on peut entendre à distance. Le même bruit peut être produit dans la station debout par des mouvements d'adduction de la jambe. La hanche gauche est plus saillante que la droite.

L'application d'un appareil plâtré n'ayant amené aucune modification, une opération fut décidée. Celle-ci montra une *absence complète de bourrelet cotyloïdien*. L'appareil ligamenteux s'insérait directement au pourtour osseux péri-articulaire. L'opération consista à détacher la partie supérieure du cotyle et à la rabattre sur la tête fémorale en la fixant aux ligaments. On appliqua ensuite un appareil plâtré. Quand celui-ci fut enlevé, on put constater que la tête ne sortait plus du cotyle, mais les mouvements de la hanche étaient limités.

Un an après, la malade fut présentée à une société médi-

(1) La plupart de ces observations ont été légèrement résumées.

cale. Elle ne se plaignait plus de sa hanche, et tout bruit avait disparu. Les mouvements étaient un peu plus étendus.

Observation n° II (due à l'obligeance de M. le Dr Mouchet). « Subluxation intermittente de la tête fémorale droite chez un adolescent atteint de coxa vara bilatérale. »

Cette observation n'est pas absolument inédite. M. Mouchet y a fait allusion dans une note du livre : *Clinique et thérapeutique spéciales, Manuel du Praticien,* paru chez Paulin, 1906, pp. 56 et 57, mais sans donner de détails.

Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans, garçon boucher, que M. Mouchet eut l'occasion de voir à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur le Dentu, en 1903.

Ce jeune homme était entré pour des douleurs dans les deux hanches, surtout la droite. Il présentait une attitude et les signes typiques d'une coxa vara bilatérale dite des adolescents : adduction des deux membres inférieurs avec rotation en dehors très prononcée, ascension des trochanters, limitation de l'abduction, rotation en dedans, etc...

Les phénomènes étaient plus prononcés à droite, et de ce côté, dès que le sujet effectuait un mouvement de flexion un peu prononcé, il déplaçait sa tête fémorale qu'on sentait se porter en arrière, donnant lieu à un ressaut cotyloïdien. Quand le sujet replaçait la cuisse en extension, on sentait un claquement net, produit par la tête rentrant dans le cotyle.

Observation n° III, publiée dans la thèse de Poiffaut, *Doctorat de Paris,* 1905-1906, sur la Coxa Vara. « Subluxation de la tête fémorale droite, chez un sujet atteint de coxa vara droite. »

Il s'agit d'un malade de 16 ans, du service de M. Broca, à l'Hôpital des Enfants-Malades, étudié par M. Mouchet, son assistant.

Dans la description de la coxa vara de ce garçon, Poiffaut note que « la flexion de la cuisse n'est possible qu'avec une « rotation externe très prononcée ; dans cette flexion, on dé« place la tête fémorale qui, se porte en arrière. Quand on re-

« met la cuisse en extension, on sent un claquement très « net ; c'est la tête qui se replace dans le cotyle.

Observation n° IV. — (Preiser) : *Zeitschrift für orthopädische. Chir.* Bd. XVIII, 1907, pp. 112-120.

Malade de 15 ans, présentant une subluxation habituelle de la hanche gauche. Pas de traumatisme ni de lésion inflammatoire. L'affection remonte à son plus jeune âge. La subluxation ne se produit pas pendant la marche, mais seulement dans la station debout. La jambe gauche repose sur le sol, en très légère rotation interne ; le malade produit un mouvement d'abduction de la hanche droite, en fléchissant la hanche et le genou du même côté, puis d'un violent mouvement de rotation vers la gauche, la subluxation se produit. Elle se traduit par une contraction énergique des muscles fessiers et donne lieu à un bruit facilement perceptible. La subluxation ne produisant que peu de troubles fonctionnels, il n'y a pas eu d'intervention thérapeutique.

Observation n° V. — (Preiser) : « Ein Fall von doppelseitiger schnappende Hüfte kombiniert mit wilkürlicher subluxatio beider Schenkelköpfe » (*l. c.*).

Homme de 44 ans, d'une haute position sociale, se plaint depuis peu de violentes douleurs dans la région fessière droite ; il s'est, dit-il, démis quelque chose dans la jambe.

Par une légère flexion de la cuisse avec rotation interne, le genou étant fléchi, le sujet produit un claquement perceptible à distance. Le phénomène a lieu des 2 côtés aussi bien dans la station debout que dans la position couchée. Au moment du claquement, les trochanters font légèrement saillie en dehors et la jambe se place en adduction.

A la palpation on remarque qu'au même moment le trochanter s'éloigne du bassin, et qu'il s'en rapproche brusquement quand la position initiale est reprise. On ne peut pas sentir les têtes fémorales hors de la cavité cotyloïde. La hanche étant subluxée, tous les mouvements passifs sont possi-

bles, sans que les têtes fémorales reviennent en place. La réduction n'a lieu que dans l'extension presque complète de la cuisse, combinée à la rotation externe et à l'abduction.

Ce n'est pas tout : si on palpe la partie postérieure des trochanters, on sent pendant le claquement les fibres antérieures du grand fessier tendu qui se déplacent sur la partie postérieure du trochanter ; dans le mouvement de réduction de la tête, le muscle glisse de nouveau en avant. Il est difficile de savoir si le bruit est produit par le muscle ou par la tête fémorale; il coïncide exactement avec la reposition de la tête.

Il s'agit en résumé d'un déplacement bilatéral de la tête fémorale et d'une subluxation sur le rebord postérieur du cotyle. Dans cette position, la partie postéro-externe du grand trochanter n'est plus capable de maintenir les fibres du grand fessier, qui glissent sur sa face externe. Il y a donc, pour les deux hanches, *combinaison d'une subluxation volontaire avec ce que les Français appellent « Hanche à Ressort »*.

Les radiographies des deux hanches montrent une certaine brièveté du col des deux côtés.

Dans la position de subluxation, on voit un assez grand espace entre le contour de la cavité cotyloïde et le contour de la tête. L'écartement du petit trochanter au pubis est de 26 mm., alors qu'elle n'était que de 11 mm. dans la position normale. L'ombre de la partie inférieure de la tête est visible bien en dehors de l'ombre du cotyle.

Le sujet présentait un genu valgum double, et avait les pieds plats. Le phénomène disparut avec le port de semelles spéciales.

Observation nº VI. — (Ch. Nélaton) : « Procédé opératoire applicable au traitement de la Hanche à Ressort. » *Communication à l'Académie* (séance du 5 novembre 1907), publiée dans la *Revue d'orthopédie*, 1er mai 1911, nº 3, p. 275.

Facteur de 35 ans, qui plusieurs fois dans la journée, à l'occasion d'un mouvement brusque et surtout lorsqu'il montait les escaliers, éprouvait un déplacement douloureux dans la

hanche, accompagné d'un bruit sourd, facilement perceptible à distance. Ces déplacements se produisaient depuis plusieurs mois et étaient apparus à la suite d'un traumatisme.

A l'examen rien d'anormal au repos. Lorsque le sujet voulait produire le déplacement douloureux, il portait tout le membre en extension, dans l'adduction et exagérait la rotation interne : le cloc se produisait aussitôt ; en même temps une saillie apparaissait dans la région fessière et l'observateur avait la sensation qu'il se produisait une subluxation fémorale en arrière. A plusieurs reprises j'examinai ce malade avec mes élèves, et toujours nous eûmes l'impression qu'il s'agissait là d'une subluxation volontaire.

La radiographie faite au moment où la tête était subluxée ne donna malheureusement pas de renseignement indiscutable. L'épreuve fut mauvaise. La tête paraissait légèrement déplacée, mais je dois à la vérité de dire que cela n'était pas net. Cette question de la nature de la hanche à ressort est si discutable que je regrette énormément de n'avoir point fait faire à ce moment des épreuves jusqu'à ce que la chose fût nettement établie. J'ai eu, quelque temps après, l'occasion d'examiner un malade atteint de hanche à ressort, qui me fut présenté à Versailles par M. Ferraton. Ce cas-là était indiscutablement d'origine musculaire, et on sentait une bande musculaire contourner avec un cloc le grand trochanter.

C'était tout à fait autre chose que le déplacement que j'ai observé chez mon malade, et que je crois devoir attribuer à une *subluxation* fémorale, *en arrière* et *directe*.

Le procédé que j'imaginai pour traiter mon malade était destiné à empêcher que l'adduction pût s'accompagner de rotation interne exagérée (mouvement dans lequel se produisait le déplacement douloureux), et j'obtins ce résultat en enchaînant le grand trochanter à l'ischion, de façon à ce que la rotation interne fût limitée.

Voici le procédé opératoire que j'ai suivi. Une incision verticale de 10 à 12 cm. est faite sur le milieu de la face postérieure de la cuisse et commence à 2 cm. au-dessus du bord inférieur du grand fessier. Après incision du tissu cellulaire sous-cutané, on fend l'aponévrose d'enveloppe sur le bord interne charnu du demi-tendineux, qui apparaît tout d'abord. Ce mus-

cle étant reconnu est écarté en dehors, et immédiatement au-dessous de lui, apparaît le long tendon du demi-membraneux. Ce tendon étant bien reconnu, on sectionne et on détache le long de son bord interne une bande épaisse de 1 cm. environ et de 7 à 8 cm. de longueur. Ce faisceau, ainsi détaché, est relevé et on peut le conduire facilement sous le muscle grand fessier jusqu'au contact de la fosse digitale du grand trochanter.

Alors une deuxième incision est faite directement sur la face externe du grand trochanter et on perfore de dehors en dedans soit avec une fraise, soit avec une gouge, le trochanter de façon à établir un tunnel, allant de sa face externe à la fosse digitale. Une pince introduite dans ce tunnel saisit le cordon tendineux détaché, du demi-membraneux que l'on a amené dans la fosse digitale et ce cordon attiré dehors est fixé au périosté du trochanter à sa sortie du tunnel osseux. On s'est naturellement assuré que la longueur de ce cordon tendineux ne permet plus la rotation interne exagérée. On suture alors les deux plaies et l'opération est terminée.

J'ai eu des nouvelles de mon opéré 3 ans après. Il marchait très bien et le déplacement ne s'était pas reproduit.

Observation n° VII. — (Gaugele), « Die Schnappende Hüfte », *Zeitschr. f. orth. Chir.*, 1910, Band., XXVII, pp. 132-145.

Mlle Rödel 18 ans. En janvier 1906, la malade glissa et tomba par terre. Elle ressentit aussitôt des douleurs et dut s'aliter. Un médecin soupçonnant une coxalgie lui appliqua un appareil plâtré. A l'enlèvement de celui-ci, au bout de 11 mois, la malade put marcher, d'abord avec des béquilles, puis avec une canne.

Le 4 novembre 1908, l'état de la malade était le suivant : La malade marche maintenant sans canne, à petits pas prudents ; la jambe gauche est tenue en légère adduction et en flexion d'environ 20°. Dans la position pathologique, il se produit une forte saillie du trochanter ; le trochanter et le col sont perceptibles, mais la tête disparaît sous la masse musculaire. Par une pression directe sur la tête en bas et en arrière, on parvient à la faire sortir du cotyle avec une secousse qu'on peut entendre ; en même temps les tendons des adducteurs se contractent et

il se forme une dépression inguinale, tout à fait semblable à celle de la luxation congénitale de la hanche non réduite. Le bruit de sortie est assez léger, celui du remboitement au contraire très fort. Pendant la marche la tête sort rarement, tout au plus quelquefois quand le malade monte les escaliers. La mobilité est fortement entravée. Le craquement se produit avec une flexion de 30°, ou une adduction de 20°. Il en est de même dans les mouvements de rotation.

La radiographie ne permet pas de distinguer si le contour articulaire se trouve devant ou derrière la tête.

II. — Hanche à Ressort périarticulaire.

Observation n° VIII. — (Présentée par Perrin, le 27 juillet 1859, à la *Société de chirurgie de Paris*, comme une luxation volontaire du fémur droit.)

« C... Jean-Louis, 22 ans, d'une bonne constitution. Est entré, le 28 mai 1859, au Val-de-Grâce, dans le service de M. Ludger-Lallemand, pour une affection fébrile légère. Après un traitement de quelques jours le malade pour la première fois appela l'attention sur une infirmité qu'il avait depuis longtemps et que M. Lallemand considéra comme une luxation du fémur, produite à volonté par contraction musculaire. M. Lallemand voulut bien, sur mon désir, me confier le malade, et voici ce que m'ont appris plusieurs examens minutieux.

A l'âge de 10 ans, le sujet fit une chute de cheval, dans des conditions telles que sa jambe droite, engagée entre les flancs du cheval et une pièce de harnais, fut maintenue, pendant la chute, dans une adduction forcée. Perte de connaissance et luxation du fémur, diagnostiquée par le médecin du village et réduite le lendemain avec trois aides. A la suite, repos au lit pendant 1 mois ou 6 semaines, la cuisse immobile. Le malade débuta par quelques promenades, pendant lesquelles l'articulation fut un peu douloureuse, mais la tête se maintint en place. Un mois après, à l'occasion d'un faux pas, la luxation se reproduisit. Le médecin fit la réduction seul et sans effort, mais à partir de ce moment, malgré tous les moyens de con-

tention et le séjour au lit, la tête fémorale quittait le cotyle, dès que le membre était abandonné à lui-même, et à l'occasion du moindre mouvement. La luxation d'ailleurs se réduisait facilement par refoulement de la région trochantérienne en dedans et en avant. Bientôt la famille se lassa de tout traitement et l'enfant fut abandonné à lui-même avec son infirmité.

A l'examen : Le tronc est incliné latéralement; la cuisse droite présente au niveau de la région trochantérienne une saillie exagérée, elle est tenue en adduction; la gouttière rétro-trochantérienne est plus accusée de ce côté.

A la face postérieure, on remarque une double courbure de la colonne vertébrale dans la région lombaire ; l'une latérale, légèrement convexe à droite, l'autre antéro-postérieure plus prononcée, révélant une inclinaison du bassin en avant.

La marche présente un phénomène remarquable. A chaque pas, et au moment où le centre de gravité se porte vers l'articulation coxofémorale droite, le fémur semble glisser de bas en haut, et se rapprocher de la crête iliaque ; le trochanter forme un relief considérable. La cuisse gauche, au contraire, se place dans une demi-flexion pour recevoir à son tour le poids du corps. Une observation attentive et la palpation montrent bien vite que l'élévation apparente du fémur est le résultat d'un mouvement de bascule du bassin sur la tête fémorale droite. On conçoit alors pourquoi la cuisse gauche, qui est aussi longue que la droite, se place en flexion pour s'accommoder à l'inclinaison du bassin. Ajoutons que la marche ne cause aucune douleur.

Si on prie le malade de produire sa luxation, il peut s'y prendre de deux façons, concourant au même but : placer le membre droit dans une adduction prononcée, 1° ou bien la cuisse droite reste immobile, et le bassin s'incline suivant le mécanisme décrit plus haut ; 2° ou bien le corps repose sur la jambe gauche et la cuisse droite est portée directement dans l'adduction forcée. — Dans l'un comme dans l'autre cas, cette première disposition étant prise, un effort approprié fait sortir la tête en faisant entendre, même à distance, le bruit si caractéristique qui accompagne la réduction d'une luxation. On peut alors remarquer la plupart des signes qui appartiennent à la

luxation du fémur en arrière ; la cuisse droite est maintenue en adduction forcée. A la mensuration, le sujet étant debout, on trouve un raccourcissement de 3 cm. 5, qui ne saurait être attribué, au moins en partie, à l'abaissement du bassin, car le tronc rentre vertical.

Dans le décubitus dorsal, la luxation se produit difficilement et se réduit instantanément malgré les efforts du malade. Enfin, chose singulière, l'examen du malade doit être rapide, car à mesure que l'effort musculaire qui a produit la luxation s'épuise, les signes de la déformation s'effacent, et bientôt la tête rentre sans bruit et sans secousse.

La circonstance qui m'a le plus préoccupé dans l'étude de ce fait bizarre, c'est la fugacité des signes de luxation. La tête du fémur sort du cotyle par un effort musculaire, mais elle rentre d'elle-même et à l'insu du malade. »

Cette observation provoque la discussion suivante que nous allons résumer.

M. Chassaignac est frappé de ce fait que la pointe du pied ne subit aucune déviation lors du déplacement. M. Morel-Lavallée, après s'être livré à un examen attentif du malade, déclare qu'il n'a pu sentir la tête du fémur. Il croit que le mouvement et le bruit qui se produisent sont dus à l'action d'un muscle qui glisse et tressaille sur le trochanter. Il déclare, en outre, n'avoir pu constater un raccourcissement aussi considérable que celui qu'indique Perrin. C'est à peine si l'on trouve 1 cm.

Une commission est alors nommée pour examiner le malade avec Perrin. Elle est composée de MM. Bouvier, Chassaignac, Morel-Lavallée et Jarjavay et revient en disant qu'il ne s'agit certainement pas d'une luxation. En effet, debout, le raccourcissement n'est qu'apparent et dû à l'inclinaison du bassin ; dans le décubitus, le membre ne perd que 1 cm. Au sujet de l'interprétation exacte du fait, les avis diffèrent : Bouvier est tout disposé à admettre la formation d'une loge accessoire à côté de la cavité cotyloïde. Morel-Lavallée confirme sa première impression, que le bruit entendu est dû au glissement brusque d'un tissu musculaire au-devant du grand trochanter. M. Chassaignac réclame la priorité de cette explication, et met en cause le muscle fascia lata. Enfin, après une discussion assez courte, la

plupart des membres finissent par se ranger à l'opinion de Morel-Lavallée.

A la séance du 3 août, Morel-Lavallée revient sur la question et fait part de ses recherches anatomiques. Il a disséqué la région trochantérienne d'un cadavre, et a cherché si on pouvait expliquer le bruit et la secousse par un déplacement brusque du fascia lata, comme le voulait Chassaignac. Or, il a pu facilement se convaincre que ni le muscle fascia lata, ni l'aponévrose qui lui fait suite ne sont pour rien dans le phénomène en question. Il n'en est pas de même du grand fessier dont les fibres antérieures passent au-devant du grand trochanter.

A la même séance, le secrétaire général donne lecture d'une lettre de Perrin, qui dit que, « d'après plusieurs expériences faites sur le cadavre, l'interprétation de Chassaignac, c'est-à-dire le frottement du trochanter contre la face profonde du muscle tenseur de l'aponévrose, n'a pas été confirmée. Au contraire, ses expériences ont confirmé sa première hypothèse, que le bruit était dû à une subluxation intermittente de la tête, à la suite d'une luxation traumatique non complètement réduite.

Observation nº IX. — (Ferraton) : « Hanche à Ressort. — Ressaut fessier trochantérien. » — *Revue d'orthopédie*, 1905, nº 1, p. 45.

G..., 22 ans, cultivateur, incorporé dans les zouaves, le 22 novembre 1903. Constitution robuste. Parents rhumatisants; aurait eu lui-même à plusieurs reprises du rhumatisme lombaire. Ne manifeste que peu de goût pour le métier militaire.

A 15 ans, il aurait été pris de douleurs dans la hanche droite et les reins. Le traitement aurait consisté en : repos au lit pendant 1 mois, bains de vapeur et bains de boue ; puis il aurait marché pendant une vingtaine de jours en s'appuyant sur une canne. Depuis, la guérison se serait maintenue.

Arrivé au régiment, après 50 jours de service, il entre à l'infirmerie pour 19 jours (abcès du pied). Il en sort, puis y rentre 20 jours après pour douleurs dans la hanche droite.

Il y reste 24 jours. Son état ne s'améliorant pas, il est éva-

cué sur l'hôpital avec le diagnostic de subluxation récidivante de la hanche.

A l'examen, le sujet se plaint de douleurs dans la région lombaire, dans la fesse droite, il souffre un peu moins de la fesse gauche. Ces douleurs sont assez vagues : il les compare à des picotements (?). Pendant la marche, elles seraient plus vives dans la fesse droite et à la partie externe du pli de l'aine. La position assise augmenterait l'intensité des douleurs lombaires ; c'est le décubitus dorsal horizontal qui les atténuerait au maximum. G... attire surtout l'attention sur les craquements de sa hanche droite. Ceux-ci seraient survenus en décembre 1903; mais les réponses sont imprécises et manquent probablement de sincérité.

A l'inspection, debout en avant : tronc et bassin légèrement inclinés à gauche. La cuisse droite paraît légèrement amaigrie. Les jambes et les pieds sont légèrement cyanosés, surtout à droite.

En arrière : légère scoliose avec concavité dorsale droite et lombaire gauche. Le pied droit est porté en légère rotation de la pointe en dehors. Le mollet droit paraît moins fort que le gauche, le pli fessier droit moins net.

A la mensuration, on ne trouve aucune différence de longueur entre les deux membres. Les extrémités articulaires sont en place. Il n'y a aucune saillie anormale de la tête, le grand trochanter semble normal. Les mouvements variés en tous sens ne provoquent pas de craquements. Les mouvements passifs sont tous faciles et d'amplitude normale.

Le sujet affirme que ses douleurs sont réveillées par la pression localisée sur l'ischion et par la percussion du grand trochanter ; mais, en réalité, il ne peut en préciser le siège et ses réponses sont absolument dépourvues de netteté. Pendant la marche, le sujet boite, mais cette boiterie est tellement prononcée qu'elle apparaît exagérée à l'extrême. A chaque pas, le tronc s'incline à droite, en s'incurvant du même côté. Au moment où le pied droit se pose à terre, la pointe en est portée en dehors. Cette boiterie ressemble un peu à la démarche de la luxation congénitale, mais sans ascension du trochanter.

A l'occasion de certains mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin, se produit dans la hanche

droite un claquement unique, brusque, se déclanchant comme un ressort. La main, étendue à plat sur la fesse, au niveau et un peu en arrière du grand trochanter sent très nettement que ce ressaut se produit dans les parties molles et non profondément dans l'articulation. L'œil constate qu'au moment du ressaut la saillie du grand trochanter s'enfonce dans la flexion, sous une bande longitudinale correspondant à la direction du bord antérieur du grand fessier, et, dans l'extension, ressort brusquement de dessous cette bande, qui, à la main, donne la la sensation d'une corde élastique du volume du doigt, se tendant sur l'apophyse qui la soulève, et se détendant brusquement quand elle a passé par-dessus. Le déclanchement s'accompagne d'un « cloc » des plus caractéristiques, nettement perceptible à distance.

Les mouvements très lents du fémur sur le bassin, flexion, extension, adduction, abduction, rotation en dedans et en dehors, circumduction, ne produisent pas le phénomène. Mais si le malade, volontairement ou non, contracte ses muscles fessiers, voici ce qui se produit : si on fléchit la cuisse sur le bassin, dès que la flexion atteint 15°, le ressaut et le claquement se produisent : dans l'extension, le claquement se produit au même angle de 15°. L'adduction, l'abduction, la rotation du fémur en dedans ou en dehors, ne provoquent pas le ressaut ; mais les grands mouvements de circumduction le font réapparaître. Les mêmes phénomènes se reproduisent dans les mouvements actifs effectués par le malade. Il produit le ressaut à volonté. Dans le décubitus dorsal, il fléchit très légèrement la cuisse sur le bassin, la jambe sur la cuisse et le pied sur la jambe ; il produit ainsi le ressaut de flexion. Le ressaut d'extension apparaît quand le malade replace le membre en rectitude. Rien dans la hanche opposée. La radiographie de la hanche droite montre une articulation normale.

Le traitement institué (bains sulfureux, massage, exercice de marche) n'amena aucun changement.

G... se plaignant de douleurs de plus en plus fortes au niveau du grand trochanter, nous décidons d'aller explorer la région, sous anesthésie locale à la cocaïne. Nous faisons une incision de 10 cm., suivant les fibres antérieures du grand fessier, partant du bord postérieur du grand trochanter et re-

montant en haut et en arrière. On passe à travers les fibres antérieures du grand fessier. Le grand trochanter mis à nu ne présente aucune lésion ; la bourse séreuse sous-fessière est normale. On provoque le ressaut par flexion volontaire de la cuisse, et on voit le trochanter s'engager sous la sangle musculaire formée par les fibres antérieures du grand fessier. Si on maintient cette sangle soulevée, plus de ressaut. Suture, réunion totale par première intention.

Après l'opération, le ressaut subsiste, mais G... dit souffrir beaucoup moins du côté de la hanche, mais davantage du côté de sa colonne vertébrale. Bien qu'on ne constate aucun signe net de ce côté, nous faisons des réserves au sujet d'une lésion rachidienne au début. G... est proposé pour un congé de convalescence de trois mois, qu'il accepte avec un plaisir évident.

Observation n° X. — (Guermonprez) : *Journal des sciences médicales de Lille*, 1906, n° 19 et n° 20, 12 et 19 mai.

Claude M...,ouvrier tisserand, 27 ans. A été victime, le 25 juillet 1903, d'un léger accident de travail. Le médecin constate une contusion simple et banale de la hanche droite, sans ecchymose ni tuméfaction. Quelques semaines après cette contusion, il se forme un abcès dans la même région ; il fut abandonné à son évolution spontanée. Au bout de plusieurs mois deux esquilles s'éliminèrent successivement, puis la fistule se tarit (mai 1904). A cette époque, le médecin constate un ressaut bizarre de l'articulation coxofémorale, qui n'aurait pas existé avant l'accident. L'ouvrier mit aussitôt à profit cette constatation et prétendit qu'il ne pouvait plus exercer son métier. Il se mit à reproduire le ressaut à volonté dans les mouvememts de flexion et d'extension de la cuisse ; mais le geste était étudié et accompli avec précaution. Si, en effet, on empêche le sujet de placer volontairement son membre en adduction, il ne parvient pas à produire le ressaut.

Dans l'autre hanche, où il n'y a jamais eu de traumatisme, il existait un début de la même particularité. Lorsque le mouvement est communiqué à droite par un tiers, la secousse est moins brusque et moins surprenante que lorsqu'il est accom-

pli par le sujet lui-même. Ce ressaut résulte du passage du fascia lata sur une tubérosité qui se trouve vers le bord postérieur de la portion presque la plus élevée du grand trochanter.

L'ouvrier obtint une transaction de 1500 francs correspondant à une réduction de capacité professionnelle de 15 p. 100.

Le même ouvrier, revu deux ans plus tard, était devenu pusillanime, restait sans travailler, craignait la fatigue et le froid, couvert de lainages, la cuisse et le ventre recouverts d'un grand châle de femme. On trouve le phénomène aussi bien à droite qu'à gauche, mais moins bruyant de ce dernier côté.

Observation n° XI. — (Bayer), *Arch. für klin. Chir.* Bd. LXXXII, 1907, p. 266.

Mlle S..., 22 ans, se plaint, depuis 4 mois, d'un bruit particulier avec sensation douloureuse au niveau de l'articulation coxofémorale gauche. Le phénomène se montra pour la première fois, brusquement, à la suite d'une ascension fatigante dans la montagne. Depuis lors, la marche était devenue douloureuse, et la jambe gauche se fatiguait rapidement. A l'occasion de certains mouvements, et, en particulier, de la rotation, le bruit en question pouvait être produit activement, grâce à la contraction des muscles fessiers même dans la position couchée. En marchant, pour éviter les douleurs, la malade porte le poids de son corps surtout sur la jambe droite ; aussi souffre-t-elle, depuis quelque temps, du côté droit, mais sans qu'il y ait de craquements de ce côté. En ce moment, elle ne peut se fatiguer, danser, marcher longtemps.

A l'examen, l'articulation coxo-fémorale paraît absolument normale. Tous les mouvements, tant actifs que passifs, y sont parfaitement conservés et libres; mais dans la rotation active, forcée, avec contraction des muscles fessiers, on entend un bruit rappelant le frottement sous-scapulaire. Si on applique en même temps la main à plat sur le grand trochanter, on a la sensation que ce bruit siège non dans la jointure,mais dans les parties molles comprises entre le trochanter et la peau. Par comparaison avec l'autre côté, cette région paraît plus saillante.

Je pensai avoir affaire à une inflammation de la bourse séreuse sous-fessière. J'ordonnai le repos, les badigeonnages à la teinture d'iode et les bains. Ce traitement étant resté sans effet, je me décidai à intervenir. Au cours de l'opération, je fus surpris de ne trouver aucune bourse séreuse, même après avoir séparé les faisceaux du grand fessier ; mais le tendon de ce muscle était entouré dans toute sa largeur de tissu cellulo-graisseux : on pouvait le faire glisser facilement en avant et en arrière sur le trochanter, dont il se laissait facilement séparer en le soulevant. Le trochanter était normal et sa surface ne présentait aucune irrégularité ni aucune modification.

Il fallait en conséquence admettre que la cause du claquement était due à la laxité du tendon du grand fessier et à la mobilité anormale de ses faisceaux antérieurs. De cette constatation découlait l'indication thérapeutique : enlever au tendon la possibilité de glisser par-dessus le trochanter quand la jambe se meut. Je pensai remplir cette indication par le procédé suivant : soulevant les bords de l'incision du tendon j'eus accès sur la face en contact avec le trochanter, et je la fixai, en avant et en arrière du milieu du trochanter, par deux rangées parallèles de points de suture, d'une part, au périoste, d'autre part au fascia aponévrotique du vaste externe.

Les lèvres de l'incision du tendon et du muscle furent ensuite réunies. Suture de la plaie cutanée et drainage.

J'eus l'occasion de revoir la malade le 1er octobre : les douleurs avaient disparu. Le ressaut et le claquement ne se produisaient plus.

Observation nº XII. — (Kusnetzow). *Russki Vratch.*, t. VI, nº 20, 1907, p. 670.

C. B..., 21 ans, soldat incorporé en 1906. Entre à l'hôpital le 30 novembre de la même année pour des phénomènes pathologiques siégeant à la hanche gauche.

Homme d'une taille moyenne, faiblement musclé. Dans la station debout, la jambe gauche est raccourcie de 3 cm. par suite de l'inclinaison du bassin ; le trochanter fait une saillie visible de ce côté. S'appuyant sur la jambe gauche, il contracte volontairement le grand fessier, en même temps qu'il abaisse

la moitié gauche du bassin. Pendant ce mouvement, on entend un bruit analogue au frottement sous-scapulaire.

La main perçoit ce bruit; elle sent qu'il n'est pas profond, mais sous-cutané et qu'il se produit au niveau du sommet du grand trochanter. Au moment où apparaît ce bruit, le grand trochanter disparaît sous le bord antérieur du muscle.

Dans le décubitus dorsal, B... ne peut pas produire la contraction du fessier ni le bruit.

Les mouvements passifs sont libres, ils sont douloureux quand on leur donne une certaine amplitude, mais ne donnent lieu à aucun bruit. Dans le décubitus dorsal, la jambe gauche est plus courte de 2 cm. que la droite : ce raccourcissement est en rapport avec une scoliose cervicale et lombaire.

Le sujet se plaint surtout de douleurs dans la hanche, qui rendraient la marche difficile. D'après lui, il aurait eu, quelques années auparavant, une atteinte de rhumatisme et se serait contusionné la hanche en tombant.

Observation n° XIII. — (Kusnetzow) (*loc. cit.*), cas n° 2.

I. P..., 21 ans, entre à l'hôpital le 28 février 1907. Taille moyenne, musculature et système osseux peu développés. Debout, tout le poids de son corps porte sur la jambe gauche; l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est surélevée de 4 cm. par suite de l'inclinaison latérale du bassin ; il existe en arrière une scoliose à convexité droite lombaire. Quand le malade s'efforce de se tenir debout sur la jambe droite, la gauche paraît plus courte de 2 cm. Pendant la marche, P... boite visiblement, mais il n'y a pas d'ascension du grand trochanter, comme dans la luxation congénitale. La hanche gauche est plus volumineuse, et le relief du trochanter plus accentué que du côté opposé. Les rapports du trochanter et de la ligne de Nélaton-Roser sont normaux.

Quand le malade est debout, appuyé sur sa jambe gauche, il peut volontairement contracter son grand fessier; cette contraction se traduit par une saillie de la région fessière et s'accompagne d'un claquement caractéristique. La main, appliquée à plat, sent bien le tendon de ce muscle qui se contracte quand se produit le claquement; en même temps on sent le

trochanter s'engager et disparaître sous le bord antérieur du fessier; c'est à ce moment que le bruit se fait entendre. Les mouvements passifs sont libres et non douloureux. La flexion et l'extension ne provoquent aucun bruit, mais la rotation en dedans produit un bruit léger, surtout perceptible au doigt. Dans la position couchée le malade ne peut produire les contractions volontaires du fessier et le claquement que s'il appuie fortement le pied gauche contre le bois du lit. Le bruit entendu est moins fort que dans la station debout. Couché sur le dos, les jambes étendues, la mensuration de la distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le genou donne une différence de 4 cm. en faveur du côté gauche, en raison de la scoliose lombaire.

P... prétend qu'une longue marche lui est impossible, parce qu'elle provoque des douleurs dans la hanche gauche. L'origine de l'affection remonterait à 6 ans. P... serait tombé à cette époque d'un grenier sur le sol; il aurait perdu connaissance. Il dut garder le lit quelques semaines. Son état s'améliora peu à peu, mais la marche prolongée provoque depuis lors des douleurs dans la région coxo-fémorale gauche. C'est pourquoi il se déclare incapable de faire son service militaire.

Observation n° XIV. — (M. Horand). Communication à la *Société de Chirurgie de Lyon*. Séance du 21 novembre 1907, in *Lyon médical*, 1907, t. CIX, p. 1130.

Jeanne R..., 11 ans. Entre le 12 août 1874 à l'Antiquaille, pour gêne de la marche, claudication et craquement particulier.

Il y a 5 mois, à la suite d'une chute sur le côté gauche, elle ressentit des douleurs dans la hanche, assez intenses pour nécessiter le repos au lit. En outre, elle s'aperçut qu'à chaque pas qu'elle faisait il se produisait dans la hanche un bruit sec, perceptible, dit-elle, à l'oreille des personnes avoisinantes. Après un repos de 3 semaines, bruit et douleurs disparurent.

La guérison persistait depuis 4 mois, lorsque, il y a un mois, elle tomba de nouveau sur le côté gauche. A la suite de cette chute, les douleurs et le craquement réapparurent. C'est alors qu'elle entra à l'Antiquaille.

La station sur la jambe gauche provoque de vives souffran-

ces : la marche est très pénible et provoque de la claudication ; elle s'accompagne d'un bruit anormal, sec, semblable à celui que produiraient deux surfaces osseuses dénudées qui s'entrechoqueraient. Ce bruit s'entend à distance, on constate en outre une trémulation du grand trochanter, très apparente. Au repos le membre inférieur gauche est tenu dans l'adduction et la rotation en dedans. Tous les mouvements provoqués sont possibles et ne déterminent aucune douleur, sauf ceux de circumduction. Pendant ces mouvements, on entend rarement le bruit indiqué, alors que, pendant la marche, il est très accusé et continuel. Il n'existe ni allongement ni raccourcissement.

Ni Horand ni ses collègues ne purent poser un diagnotic précis sur ce cas. Ils mirent les signes précédents sur le compte d'une coxalgie hystérique.

Comme traitement, l'enfant garda le lit pendant 37 jours; on lui appliqua deux pastilles de potasse caustique derrière le grand trochanter. Au bout de ce temps, la malade ne boite plus, elle ne ressent plus aucune douleur. Les craquements et les trémulations du trochanter ont aussi disparu. Deux mois après, elle quitte le service, complètement guérie.

Observation n° XV.— (Pagnier). *Bulletin de la Société de médecine militaire française* (séance du 19 décembre 1907), 1re année, n° 19, p. 702.

Le 19 oct. 1907, un nommé B... entre à l'hôpital Bégin, avec le diagnostic de luxation récidivante de la hanche droite. L'examen montra qu'il ne s'agissait pas de cette affection.

Le début de l'affection remonterait à novembre 1903; époque à laquelle le malade fit une chute sur des dalles, en portant une charge de 120 kg. Le choc porta sur la région fessière droite, entre le sacrum et le grand trochanter. Il put continuer son travail, se plaignant seulement d'une gêne dans la marche ou la station debout. Un confrère civil, qui l'examina à Lille à cette époque, appela son attention sur un ressaut bizarre qui se faisait sur son trochanter, dans le mouvement de demi-flexion de la cuisse sur le bassin. Depuis cette époque, la gêne fonctionnelle aurait augmenté, accompagnée de douleurs vagues irradiées dans les lombes et la cuisse.

Homme de force et de constitution moyennes. L'épine iliaque antéro-supérieure droite est plus élevée que la gauche de 1 cm., le membre correspondant reposant à peine sur le sol. Cette élévation est compensée par une légère scoliose à concavité lombaire droite. Dans la position couchée, cette scoliose et l'ascension de l'épine iliaque droite disparaissent. Si on prie le malade de se porter sur le membre droit, il le fait sans difficulté et les constatations précitées disparaissent.

Tous les mouvements sont possibles, mais à l'occasion de certains d'entre eux (flexion de 45°, rotation externe et rotation interne, retour à l'extension), il se produit un ressaut perceptible à l'oreille et dû au passage d'une bande fibreuse sur le trochanter qui s'enfonce sous le bord du grand fessier. Cette bande est comprise entre le tenseur du fascia lata et le fessier,

Le pouce, appliqué au niveau du plateau tibial sur l'insertion du fascia lata, sent sa tension s'exagérer au moment du ressaut. Après le ressaut, les masses musculaires sont contractées et font saillie ; la ligne de Nélaton-Roser est normale.

Pendant les mouvements passifs, si la résolution musculaire est complète, tout ressaut disparaît. Du côté gauche, le sujet peut produire quelquefois le ressaut. La radiographie n'a montré aucune lésion articulaire.

Observation n° XVI.— (Bruneau): *Journal des sciences médicales de Lille*, 11 janvier 1908, p. 38. Auto-observation.

Guermonprez donne l'appellation de Hanche à Ressort à un ressaut des parties molles sur le trochanter. J'éprouve ce ressaut à la hanche droite ; je le connais depuis fort longtemps. Il consiste en un ressaut semblable à celui d'une corde sur une arête mousse se déplaçant, se produisant à chaque mouvement de la jambe sur le bassin, comme dans la marche, par exemple. Il se produit à l'aller et au retour, c'est-à-dire quand le pied passe en avant ou en arrière de l'axe du corps avec une amplitude suffisante, quel que soit le but du mouvement ; à bicyclette, au lit, à cheval, quand je passe à la station assise ou que je la quitte.

Je n'en ai jamais éprouvé de douleurs. Quand je suis fatigué, peut-être cette hanche est-elle un peu plus endolorie que l'autre ; en tout cas, je n'ai jamais éprouvé le besoin de me mettre

au repos. Il y a sensibilisation, bien plutôt que douleur. Pourtant, j'ai fait du service militaire, sac au dos, puis comme médecin auxiliaire, et je fais mon service de médecin de campagne à pied, à bicyclette, à cheval (30 km en moyenne par jour), et je vais à pied, surtout par le mauvais temps d'hiver. La perception du ressaut est subjective aussi bien qu'objective, cependant la première ne survient qu'avec un exercice prolongé. Cela se trouve du reste confirmé par les quelques cas de clientèle que j'ai rencontrés. J'ai revu tout récemment un jeune homme à son retour du service militaire. Au moment du tirage au sort, il avait craint que ce ressaut ne le fasse ajourner. Il a fait son service sans entrer à l'infirmerie et ne pensait plus à sa hanche avant que je l'interroge.

Le ressaut n'est pas lié à une position du membre. Qu'en marchant je porte le pied en dedans ou en dehors, il se produit toujours chez moi. Permanent et indolore, voilà donc ses vrais caractères chez moi. J'ajoute que rien dans mes antécédents ne l'explique. Je suis, il est vrai, de souche arthritique, mais je n'ai jamais été arrêté par aucune manifestation de la diathèse. Je suis tombé en jouant, sans avoir connaissance de traitement bien spécial ou d'arrêt notable au lit. Enfin je dois ajouter que j'ai eu pendant deux ans un cor plantaire, qui m'a fait dévier le pied, mais qui n'existe plus depuis 10 ou 12 ans. Je suis stupéfait en lisant la communication de M. Nélaton à l'Académie de médecine ; pourquoi opérer une Hanche à Ressort ? Comment une chute peut-elle produire le phénomène ? Pour mon compte, je n'ai pas la moindre envie d'être opéré pour une affection qui jamais ne m'a causé une gêne, même aussi notable qu'un vulgaire cor au pied.

Observation n° XVII. — (Ahlen) : *Bulletin médical de Québec.* Février 1908.

J'ai vu dans le mois de juin, et encore en décembre 1907, Mlle D. M.., de Québec. Quand elle marche, elle sent à chaque pas quelque chose qui glisse dans sa hanche droite, en même temps qu'il s'y produit un bruit qui peut être entendu à plusieurs pieds de distance. Cette jeune fille est âgée de 16 ans, bonne santé, bien constituée, aucun antécédent pathologique,

jamais de traumatisme. Elle peut marcher et courir sans boiterie ni douleur, ni fatigue anormale.

Pendant la marche, chaque fois que la cuisse droite est fléchie sur le bassin, la main, appliquée sur la face externe du grand trochanter, sent que la peau est soulevée et séparée de l'os par un plan fibreux ou musculaire, qui se porte obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. En même temps, la main ressent un froissement semblable à celui qui serait produit par le frottement de l'une contre l'autre de deux surfaces irrégulières recouvertes de cartilage. Ce froissement est marqué par un bruit analogue à celui qui accompagna la réduction de la tête fémorale luxée. On se rend compte parfaitement que le mouvement brusque et le bruit sont tout à fait superficiels et qu'ils n'ont pas pour siège l'articulation.

Les mêmes phénomènes se produisent à chaque flexion de la cuisse droite, que la malade soit debout ou couchée, aussi bien que pendant la marche.

Quand ce trouble a commencé, la jeune fille fut traitée par des applications externes, des bandages, des massages, mais sans résultat.

Maintenant, le glissement du tendon du grand fessier se produit encore, mais n'est pas toujours accompagné du bruit de claquement. La malade ne l'entend plus elle-même que quand elle le cherche. Ce bruit est moins fort qu'il n'était au commencement. Comme elle ne souffre nullement, je ne lui ai proposé aucune intervention.

Observation n° XVIII. — (Fievet). *Société Anatomo-Clinique de Lille*, 21 février 1908.

Cette observation n'est que signalée par quelques auteurs récents, en particulier par Rocher (*Gazette des hôpitaux* du 14 mars 1911, p. 445). Il ne nous a pas été possible de la contrôler, l'ouvrage en question ne se trouvant pas à la bibliothèque de la Faculté.

Observation n° XIX. — (Kukula) : *Wiener klin. Rundschau*, 15 mars 1908, p. 161.

M. A. B..., charpentier, 22 ans. Le 15 septembre, est tombé d'un premier étage sur le pavé. A la suite de cet accident, il

se développa une assez forte tuméfaction de la hanche et du genou droit, qui disparut en 15 jours, grâce à des enveloppements froids. Il put alors se lever et retravailler. Dès ses premiers essais de marche, il remarqua un craquement particulier de la hanche droite à chaque pas; il ressentit en même temps de violentes douleurs dans les reins, qui l'empêchaient de se baisser. En hiver 1905, il dut abandonner son travail. A ce moment, la douleur lombaire avait disparu, mais le ressaut de la hanche, s'accompagnant de douleurs de plus en plus violentes, surtout après une station debout prolongée ou une longue marche, B... vient à la clinique pour se faire examiner, dans le but d'obtenir une augmentation de sa rente d'accidenté du travail, qui est actuellement de 20 0/0.

Jeune homme robuste, à musculature puissante. Aucune anomalie du bassin ni des membres inférieurs, le malade étant debout ou couché. Les mouvements actifs et passifs sont libres et indolores dans les deux hanches. Le sommet du trochanter des deux côtés est sur la ligne de Nélaton-Roser. Dans les mouvements de marche, surtout quand le malade porte un fardeau, il se produit un bruit qu'on peut entendre de loin, accompagné de douleurs intenses. Ce bruit, à forme de ressaut, peut aussi être provoqué volontairement par le malade, en particulier dans la station debout, la jambe droite étant fortement appuyée sur le sol, en exécutant un mouvement de flexion du genou et de la hanche gauche et un mouvement de rotation de la jambe droite en dedans. Dans ces mouvements, on voit nettement le trochanter faire saillie. La main, posée à plat, ressent au moment du craquement un faisceau fibreux passer au devant du trochanter. Le sujet peut rester quelque temps dans cette position et, en redressant le corps, remettre son membre en position normale sans nouveau bruit.

Dans la position couchée, il peut provoquer le même bruit, mais seulement en appuyant son pied sur un plan résistant.

Je pensai d'abord avoir affaire à un cas de subluxation de la hanche droite, mais des examens répétés me firent changer d'avis. Je remarquai d'abord qu'il n'y avait pas de rotation du pied en dedans ; d'autre part, la détermination de la ligne de Nélaton-Roser et la pelvimétrie ne me permirent pas d'affirmer le changement de position du grand trochanter.

Une observation plus attentive me permit de décomposer le phénomène en plusieurs temps :

1er *temps :* flexion légère du genou et de la hanche gauches, avec transport du poids du corps sur la jambe droite, légère inclinaison du bassin à droite (abaissement de 3 à 4 cm. de l'épine iliaque) ;

2e *temps :* flexion du bassin jusqu'à un angle de 160 à 140° ;

3e *temps :* la prétendue subluxation se produit avec un bruit caractéristique.

Il est certain que ce 3e temps est en relation avec des mouvements du bassin. Assisté d'un de mes aides ; je fixai en effet tout le membre inférieur, et le sujet pouvait, malgré tout, produire le phénomène ; au contraire, il lui était impossible de le produire quand on fixait son bassin par la manœuvre de M. Gersuny (flexion maxima de la hanche et du genou gauches). Dès qu'on cessait la fixation, le « cloc » se produisait aussitôt.

Dans la position couchée, le phénomène ne se produisait que si le pied s'appuyait sur un plan résistant, par flexion du bassin et rotation vers la gauche, mouvements correspondant à des contractions énergiques du quadriceps fémoral et des adducteurs, puis à celle du grand fessier, surtout de ses faisceaux antérieurs.

Des radiographies furent faites de la hanche droite en position horizontale et verticale, avant et après le phénomène. Elles ne montrèrent pas de subluxation.

Le bruit n'étant pas d'origine articulaire, j'ai voulu faire un examen plus détaillé pour me rendre compte s'il s'agissait du glissement d'un faisceau musculaire. Des recherches répétées sur le malade et sur le cadavre me prouvèrent que le phénomène ne pouvait être produit que par le glissement sur le grand trochanter des faisceaux antérieurs du grand fessier. Quand j'appliquais la main à plat sur le trochanter, en priant le malade de produire le « cloc » aussi lentement que possible, je sentais nettement des faisceaux musculaires glisser successivement d'arrière en avant, en produisant une série de craquements plus ou moins marqués. Le « cloc » unique se décomposait en une série de craquements peu intenses et successifs, qu'on pouvait comparer au bruit que ferait un doigt en passant sur une série de cordes tendues.

Je me suis demandé s'il n'existait pas certaines dispositions anatomiques spéciales dans la hanche de B... Je fis faire une radiographie complète de son bassin. Je remarquai que la cavité cotyloïde droite était, sinon dans son ensemble, du moins à sa partie supérieure, un peu agrandie. L'espace articulaire à sa partie supérieure était beaucoup plus étendu à droite qu'à gauche ; la tête articulaire de ce côté ne touchait pas le cotyle ; il y avait entre eux une petite fente triangulaire.

Observation n° XX. — (Kukula), *loc. cit.*, 23 mars 1908, p. 180.

Au cours de l'examen de ce premier malade, je vis un étudiant en médecine, qui me montra ses deux hanches, qu'il pouvait faire craquer à volonté avec un ressaut caractéristique.

F. S..., 22 ans, aspect des 2 hanches normal, sommet du trochanter sur la ligne de Nélaton-Roser, marche, mouvements actifs ou passifs normaux. Pour produire le phénomène, voici comment il procède :

1° il porte le poids du corps sur la jambe droite, et il fléchit légèrement la hanche et le genou gauche ; le bassin est ainsi abaissé à droite ;

2° il fléchit le bassin sur la cuisse ;

3° il fait tourner le bassin à gauche, c'est-à-dire en dedans. — Dans ce mouvement, un faisceau tendineux de 3 cm. environ de largeur glisse en avant, par-dessus le trochanter, qui fait une saillie appréciable ; on perçoit en même temps le « cloc » caractéristique. Le tronc se replaçant en position normale, le faisceau revient en place sans bruit.

S... ne peut pas produire le phénomène dans la position couchée. Le ressaut s'observe d'une façon identique à gauche.

En outre de ce craquement, S... est capable de produire, par légère rotation en dedans, un bruit analogue, mais articulaire, dans ses deux articulations de l'épaule. Dans ce mouvement, la tête humérale fait une légère saillie en avant, puis repasse brusquement en arrière. S.. peut encore produire des bruits analogues dans ses deux articulations carpo-métacarpiennes du pouce, grâce à des mouvements d'adduction. Même bruit dans

les deux articulations tibio-tarsiennes par mouvements de flexion et d'extension.

Chez S... la cause du phénomène paraît être la même que celle de l'observation précédente (glissement du fessier), avec cette différence que S... n'a jamais souffert, et que chez lui l'affection est congénitale et ne succède pas à un traumatisme. Sur la radiographie, on remarque aussi des deux côtés l'agrandissement du cotyle : il y a un intervalle plus grand que normalement (quoique moins marqué que chez B...) entre la tête fémorale et la partie supérieure du toit cotyloïdien.

Observation n° XXI.— (Kukula), *loc. cit.*, 29 mars 1908, p. 195, note 6.

Typographe de 27 ans; pouvait provoquer le phénomène par mouvements du bassin aussi bien que par des mouvements actifs du membre inférieur droit. Ici aussi, le bruit était dû au glissement musculaire. La radiographie montra, comme dans les cas précédents, un élargissement vers le haut de la cavité articulaire droite.

Observation n° XXII.— (Pagnier) : *Bulletin de la Soc. de médecine militaire franç.* Séance du 2 avril 1908, 2e année, n° 7, p. 230.

O..., 21 ans, artilleur, a toujours eu dans la hanche un ressaut dont il ne s'est jamais plaint. Vers l'âge de 12 ans, son attention fut attirée sur un craquement qui se produisait à chaque mouvement de sa hanche gauche. Il ressentit une certaine fatigue, et le diagnostic porté fut celui de coxalgie. Au bout de quelques jours de séjour au lit, il put se lever et marcher, mais la fatigue apparaissait rapidement. Six mois après, prenant son parti de cette infirmité, il reprit ses études. A noter qu'il n'y avait eu ni chute, ni choc.

Homme d'aspect chétif, pâle, petit, mais ayant des membres inférieurs relativement musclés.

Hanche d'aspect normal; les épines iliaques sont au même niveau, pas de raccourcissement du membre, on ne sent pas de saillie trochantérienne à gauche. Les mouvements sont

libres et indolores, mais quand la flexion de la cuisse sur le bassin atteint 20° environ, on voit s'accentuer les saillies musculaires, et, à 90°, on entend vaguement un ressaut. Le ressaut n'est pas à son maximum dans le sens de la flexion; c'est au contraire en sens inverse, dans l'extension de la jambe, que le bruit devient perceptible, le ressaut visible et palpable.

Le même ressaut se produit dans la rotation interne de la cuisse et dans la rotation externe. Dans la marche, on sent le ressaut en appliquant la main sur le trochanter. A aucun moment le malade ne boite ou n'accuse de douleur.

Les mouvements provoqués ne font naître le ressaut que si le membre est porté en adduction assez forte; le ressaut apparaît alors à l'occasion de n'importe quel mouvement.

Enfin, étant couché, le malade le provoque à volonté en contractant ses muscles, sans adduction préalable.

Du côté opposé, on arrive à produire les mêmes phénomènes en plaçant le membre en forte adduction; mais le malade ne peut produire lui-même le ressaut que difficilement.

Observation nº XXIII. — (Pagnier), *loc. cit.* Séance du 2 avril 1908, 2e année, nº 7, p. 232.

G..., docteur en médecine, 23 ans. Jamais le ressaut ne se produit dans la marche et dans aucun mouvement, même pas dans les exercices de force. Jamais il n'y a eu gêne ni douleurs.

Pour produire le ressaut, qui est bilatéral, il faut :

1° Que le poids du corps porte sur le membre qui est en jeu;

2° Que la hanche du côté opposé s'abaisse.

Ce double mouvement a pour résultat de faire saillir le trochanter du côté ou porte le poids du corps, et de tendre sur cet os comme sur un chevalet le caleçon aponévrotique.

Ceci revient à mettre la cuisse en adduction forcée. Si, dans cette position, un léger mouvement de flexion est exécuté, le trochanter file en arrière sous une bande qui vibre, tandis qu'il disparaît sous le grand fessier. Dans le mouvement inverse, le même claquement se produit; de même dans la rotation externe et interne.

Un fait se dégage de ce qui précède; dans tous les cas où il

y a production du ressaut, il y a contraction musculaire, sinon il y a nécessité d'une position hanchée excessive, ce qui équivaut à une très forte adduction.

Observation n° XXIV. — (Von Brunn). *Beiträge zur klin. Chir.*, 1908, Bd. 58; p. 121.

Mlle W. St., 15 ans, souffre depuis 3 mois de la hanche gauche ; depuis 7 semaines elle remarque que, dans la marche, il se forme dans la région du trochanter une voussure qui saute brusquement en avant pour repasser ensuite en arrière.

Examen du 3 nov. 1905 : Jeune fille robuste, d'apparence saine, boite légèrement ; la jambe gauche est tenue légèrement fléchie, en adduction et en rotation interne. Quand elle marche, on entend dans cette attitude un craquement et on voit apparaître une voussure qui est dure à la palpation. Dans la station debout, elle peut provoquer ce craquement à volonté par rotation du bassin du côté gauche. La palpation attentive montre que la voussure est formée par un faisceau passant brusquement sur le trochanter. On peut saisir ce faisceau entre les doigts et le fixer de telle sorte que la malade se trouve dans l'impossibilité de produire le phénomène.

Dans la position couchée, le phénomène est impossible.

Le trochanter se trouve sur la ligne de Nélaton-Roser ; pas d'atrophie musculaire, ni de raccourcissement du membre. Tous les mouvements sont libres et indolores. Radiographies normales.

Opération : 5 déc. 1905. — Après désinfection de la peau, on demande à la malade de produire le phénomène, et, au moment où le faisceau saute en avant, on le fixe par un fil passé à travers les téguments. On endort la malade à l'éther, et, sur le trochanter, on fait une incision qui tombe sur le faisceau traversé par le fil ; ce faisceau est d'apparence tendineuse, on peut le faire glisser en avant sur le trochanter. Entre le faisceau et le trochanter on trouve du tissu conjonctif très lâche, sans trace de bourse séreuse. On découvre le trochanter, dont on incise le périoste, et, dans le sens de sa longueur, on creuse une rigole dans laquelle est placé le faisceau tendineux trop mo-

bile, qu'on fixe d'autre part au périoste par des points de suture. Suture cutanée, appareil plâtré de la hanche et de la cuisse, guérison sans incident.

La malade quitte l'hôpital le 22 décembre.

Le 24 septembre 1907 nous avons l'occasion de la revoir. Elle est alors femme de chambre, et elle s'acquitte de ses fonctions à la satisfaction de tous. L'examen montre que la marche est normale, qu'il n'y a plus trace de boiterie et que le craquement a disparu. Le 12 octobre 1907, la malade revient à la clinique... L'examen du mois précédent a été, nous dit-elle, la cause de nouvelles douleurs dans la hanche opérée. Il y a 15 jours, le craquement, qu'on trouvait autrefois à gauche, s'est installé du côté droit, jusqu'alors sain. Ce craquement produit les mêmes troubles que ceux qu'il occasionnait autrefois à gauche ; il est provoqué par le même mouvement du bassin. De nouveau la malade boite légèrement.

Deuxième opération : 24 octobre 1907. — On essaie, comme à gauche, de charger sur un fil le faisceau tendineux, mais, plus tard, on s'aperçoit que l'épais pannicule adipeux ne l'a pas permis. Sous anesthésie lombaire, on fait une incision sur le trochanter et on traverse une aponévrose épaisse, sous laquelle on trouve une couche de tissu cellulaire très lâche et mobile, épaisse de plusieurs millimètres, recouvrant le trochanter. On découvre cette apophyse en dissociant ce tissu cellulaire lâche ; pas trace de bourse séreuse. On creuse sur le trochanter une gouttière dans laquelle on fixe le bord postérieur de l'aponévrose, qu'on suture, d'autre part, à la lèvre antérieure du périoste. La lèvre antérieure de l'aponévrose est ensuite attirée en arrière par-dessus cette suture et fixée à la partie sous-jacente ; on obtient ainsi une espèce de doublement de l'aponévrose. Suture de la peau ; guérison sans incident.

Le 10 novembre, la malade commence à marcher, et le 15 elle quitte l'hôpital.

Le 21 décembre 1907, la jeune fille revient nous voir. Elle ne boite plus et ne souffre plus ; il lui est impossible de produire volontairement le craquement. En dehors des cicatrices mobiles et indolores, la région des hanches est normale.

Observation n° XXV.— (Pupovac). *Wiener klin. Wochenschrift*, 1908, Bd. 21, p. 681.

Malade de 26 ans. Le 6 mai 1907, il s'enfonça une aiguille dans le gros orteil gauche. Il eut à la suite un phlegmon pour lequel il était encore en traitement, lorsque, le 7 juin 1907, il se projeta la hanche gauche contre un bec de gaz. Depuis, la marche s'accompagna de violentes douleurs dans la région. Il y eut même une tuméfaction de la hanche et de la cuisse, qui disparut progressivement en quelques jours. A ce moment, le sujet remarqua un bruit particulier dans la région trochantérienne gauche, et il constata que, dans la flexion de la cuisse, un cordon ressautait sur le grand trochanter. Ce ressaut s'accompagnait de violentes douleurs au niveau de l'épine iliaque antérosupérieure. Dans un des nombreux hôpitaux où il avait été consulter, on immobilisa sa hanche en extension dans un appareil, auquel il renonça bientôt. Il se contenta d'éviter lui-même les mouvements de sa hanche en la tenant fixée en extension et légère adduction.

Homme faiblement bâti,à musculature peu développée.Dans la station verticale, le sujet vu de face, on constate un abaissement du bassin à droite, une adduction du fémur à gauche et une abduction à droite avec flexion du genou. En arrière on voit une scoliose répondant à la position anormale du bassin. Pendant la marche, le sujet tient son membre en extension et adduction ; il boite fortement par suite du raccourcissement causé par le maintien anormal de la jambe. Ce n'est que très à regret, et après de longues exhortations, que le malade exécute des mouvements dans sa hanche. On constate alors que, dans la flexion, un faisceau glisse en avant sur le grand trochanter avec un bruit perceptible à l'ouïe et à la palpation. Ce bruit se produit toujours dans les mouvements actifs, et dans les mouvements passifs, seulement quand le malade contracte ses muscles. Si, par une forte pression des doigts, on fixe le faisceau à la partie postérieure du trochanter, le bruit ne se produit pas.

La figure 3 montre le patient vu du côté gauche, la hanche fléchie.Le sillon que l'on voit marque le bord postérieur du faisceau qui a glissé en avant sur le trochanter.

Dans la position couchée, le sujet peut produire le phénomène par flexion de sa hanche. Dans ce décubitus, il conserve la position anormale de sa cuisse et de sa colonne vertébrale. En usant encore de convictions, il réussit cependant à placer symétriquement les deux moitiés de son corps, c'est-à-dire à se mettre dans la position normale. La mensuration donne alors un rapport parfaitement symétrique. La radiographie du bassin et des hanches ne montre rien d'anormal.

Après toutes ces constatations, j'admis que la fixation normale du tractus ilio-tibial avait été modifiée par l'arrachement partiel de la masse musculaire située derrière le trochanter, et je proposai au patient une opération destinée à fixer ce tractus. Il accepta volontiers, car son état le gênait énormément pour l'exercice de sa profession (facteur de pianos).

L'opération fut entreprise le 7 mars. Je fis une incision le long du bord postérieur du trochanter, parallèle à l'axe de la jambe, longue de 15 cm. Je constatai à l'examen et à la palpation un affaiblissement et un amincissement marqués de la musculature située en arrière du trochanter. J'incisai le fascia lata, et j'aperçus la bourse trochantérienne un peu augmentée de volume. Prenant le grand fessier au moyen de sept fils de soie, je suturai la lèvre postérieure de l'incision du fascia lata au périoste trochantérien ; d'autre part, je fixai la lèvre antérieure de l'incision du fascia lata (c'est-à-dire le bord postérieur du tractus ilio-tibial) à la face postérieure du grand fessier. J'ai cherché ainsi à fixer le tractus au plan sous-jacent et à raccourcir les parties relâchées. Suture cutanée, réunion par première intention. Quinze jours après, le malade commença à marcher. Le 30 mars, il vint me trouver pour me dire que sa jambe fonctionnait d'une façon merveilleuse.

Observation n° XXVI. — (Jaboulay), *in* R. Horand. Revue générale, *Gazette des Hôpitaux*, 26 septembre 1908, n° 110, p. 1314.

Malade de 25 à 30 ans. Avait été victime d'un accident de chemin de fer et réclamait une indemnité à la Compagnie. Il marchait courbé en deux, et, à chaque pas, il faisait avec une hanche un bruit que l'on entendait à distance, comme si deux

os ressautaient l'un sur l'autre. Ollier et Levrat, nommés experts, très intrigués au début, finirent par conclure à une Hanche à Ressort, après avoir pris connaissance des travaux de Morel-Lavallée. Ils firent des expériences sur le cadavre et attribuèrent le ressaut au passage brusque d'un tendon, bord antérieur du grand fessier sur le grand trochanter. L'un d'eux arriva même à reproduire sur lui ce bruit dans un certain effort, à volonté. Les deux experts conclurent à la simulation.

Observation nº XXVII. — (Jaboulay), *in* R. Horand (*loc. cit.*).

Jeune fille de 20 à 25 ans, avait été réséquée du genou par Ollier pour une arthrite névralgique et fit ensuite des accidents bizarres du côté de la hanche correspondante. Dans la station debout, quand elle appuyait le pied à terre, le membre se plaçait en rotation interne, et le trochanter remontait ou semblait remonter par rapport au bassin. Le membre se plaçait ainsi dans l'attitude d'une luxation de la hanche en arrière ; mais il manquait cependant la flexion de la cuisse, car le membre restait dans l'attitude verticale. Puis la malade se couchait, et une fois étendue elle faisait elle-même, en s'aidant du pied du membre sain, la rotation en dehors du membre réséqué qui, en passant à l'attitude directe, faisait un bruit intense dans la région de la hanche, bruit sec, claquant comme deux morceaux de bois qui tapent l'un contre l'autre. Ce déplacement de la hanche pouvait être produit à volonté, réduit et corrigé de même. La malade était une nerveuse.

Observation nº XXVIII. — (Meriel), Communication à la *Société de chirurgie de Paris*. Séance du 5 nov. 1908.

Le Bulletin donne la simple mention suivante : « M. Mériel communique une observation de Hanche à Ressort. M. Rieffel est nommé rapporteur. »

Cette observation, qui n'a été publiée nulle part, doit être rapportée incessamment par M. Rieffel, en même temps qu'une communication de M. Mouchet faite à la séance du 24 mai 1911.

Observation nº XXIX. — (Zur Verth) : *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1909, Bd. 98, p. 47. Auto-observation.

« Dans ma jeunesse, lorsque je restais debout pendant un temps assez long, j'avais l'habitude de « déboiter » ma hanche (c'est ce que du moins je croyais faire alors), tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Dans certaines conditions, cette prétendue luxation se produisait facilement avec un craquement perceptible au toucher et à l'ouïe, mais sans douleurs ; elle se réduisait avec le même craquement, et sans plus de douleurs. Je n'ai jamais ressenti la moindre gêne de cette particularité ; au contraire, pour le saut et la course, je rivalisais avec les meilleurs.

Plus tard, au cours de mes études médicales, lorsque j'entendis parler des luxations, le phénomène que j'avais jusqu'alors considéré comme tel me parut être plutôt une subluxation. Mais, après les publications de ces dernières années, j'abandonnai cette idée de subluxation, pour considérer le ressaut comme dû au glissement d'un muscle sur le trochanter. »

L'auteur produisait le phénomène avec l'une ou l'autre jambe, par rotation du bassin.

Il le produisait volontairement, debout, couché, ou assis ; il n'y parvenait que difficilement pendant la marche. Dans toutes ces positions, il fallait que le membre fût en extension.

Il admet qu'il s'agit du glissement sur le trochanter d'une bande fibreuse, constituée par un épaississement de la bandelette de Maissiat, le tractus cristo-fémoral.

Observation nº XXX. — (Zur Verth), *loc. cit.*, p. 54.

En recherchant dans mon entourage les personnes capables de provoquer le phénomène, avec de l'exercice, je rencontrai dans un médecin de la clinique un vieil habitué de la Hanche à Ressort. J'examinai chez lui le mécanisme que j'avais découvert en m'observant moi-même, et je constatai qu'il était en tous points identique à celui qui chez moi produisait le ressaut.

Observation nº XXXI. — (Staffel), *Archiv. f. klin. Chir.* Bd., 91 : 1909, p. 50.

Mon collègue C... pouvait faire claquer sa hanche gauche. J'observai ce phénomène, et je remarquai que, sans aucun doute, dans les mouvements d'extension de la jambe gauche préalablement fléchie, un faisceau tendineux du fascia lata passait sur le trochanter avec un ressaut visible et perceptible à l'ouïe et à la palpation. Quand il projetait en avant la jambe étendue sur la cuisse, le faisceau tendineux, passant cette fois d'arrière en avant, donnait lieu à un ressaut beaucoup plus faible.

Observation nº XXXII. — (Staffel), *loc. cit.*, p. 51.

Un paysan de 24 ans, robuste, était employé en 1905 comme journalier, à la construction d'une voie ferrée. En poussant un vagonnet, il glissa sur la voie, et sa hanche gauche alla porter contre un tas de pierre. Le médecin le vit deux jours après et constata : violente contusion de la hanche gauche avec gonflement et phénomènes douloureux intenses, douleur vive à la pression du grand trochanter et de toute la région, douleur éveillée également par les mouvements passifs (mouvements actifs impossibles au début).

Sept semaines après, le malade souffre encore, mais peut faire péniblement quelques pas avec une canne. La main appliquée sur le trochanter, pendant les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin, perçoit les mouvements de va et vient d'un cordon tendineux, qui paraissent résulter de la luxation du tendon du tenseur du fascia lata.

Le traitement consista en repos continu au lit, liniments et frictions. La mobilité de la hanche revient bientôt à la normale, mais le blessé depuis son accident est incapable d'entreprendre le moindre travail pénible. Il fait aujourd'hui le métier de colporteur. Il travaille 5 ou 6 heures par jour, mais le soir il est très fatigué, et souvent ne mange pas, tant il souffre.

Je l'ai vu environ tous les 6 mois. Voici quel était son état le 15 janv. 1909. Démarche particulière : quand il avance son pied gauche, il penche le tronc du côté droit ; il s'appuie plus

longtemps sur la jambe gauche que sur la droite, mais il n'étend jamais de ce côté la cuisse sur le bassin, ou la jambe sur la cuisse. A chaque fois il se produit un ressaut sur le trochanter, diminué quand le sujet évite les mouvements d'adduction et d'extension complète. Le craquement dans le glissement en arrière est plus marqué que dans celui en avant.

Lorsque le malade est couché sur le ventre, tous les muscles étant relâchés, il est possible de faire mouvoir avec le doigt un faisceau tendineux très résistant, large de 4 cm., paraissant être une partie de fascia lata.

Dans la position dorsale, le faisceau ne peut plus être senti ; il est derrière le trochanter, où il est impossible de le palper. En élevant et en abaissant la jambe étendue, le faisceau passe sur le trochanter sans craquement, probablement parce qu'il manque de la tension nécessaire. Mais cette tension peut être produite par une forte adduction de la cuisse ou par contraction du fessier et du tenseur du fascia-lata. En effet, si je commande au malade de porter la jambe en adduction, tout en la laissant reposer sur le plan de la table, le faisceau caché derrière le trochanter passe sur lui ; si je commande alors de ramener la jambe en adduction, au moment où elle rencontre la jambe droite, le faisceau se replace derrière le trochanter avec un ressaut très net.

Debout, le sujet se tient sur la jambe droite ; il porte en avant la jambe gauche étendue sur la cuisse et quand la flexion atteint environ 35°, le faisceau passe avec un ressaut très net à la partie antérieure du trochanter. Lorsque la jambe est remise en extension, le même ressaut se produit au moment où le membre arrive dans l'axe du tronc.

Entre le trochanter et la peau, on ne sent aucun tissu pathologique, rien qui puisse faire penser à une bourse séreuse indurée. La radiographie ne montre rien d'anormal.

Il existe à la fesse et à la cuisse gauches une atrophie appréciable (différence de 1 cm. avec l'autre côté).

La comparaison de la hanche droite avec la hanche gauche montre que le ressaut s'observe aussi à droite, mais à un degré beaucoup moindre.

Le blessé toucha une rente de 45 p. 100 de son salaire.

Observation n° XXXIII. — (Staffel), *loc. cit.*, p. 64.
Auto-observation.

J'ai essayé de produire sur moi-même le phénomène de la Hanche à Ressort, d'après le mécanisme habituellement décrit : je dois dire que je n'y suis pas parvenu. Mais je peux le provoquer d'une autre façon. En me tenant appuyé sur une jambe, je porte l'autre jambe en extension en abduction et je fléchis légèrement la hanche ; puis, du côté de la jambe reposante, je fais un mouvement brusque d'extension avec adduction aussi intense que possible. A la fin de ce mouvement, je sens nettement un ressaut qui se produit à la partie postérieure du trochanter du côté de la jambe reposante. Il y a probablement toute une modalité de production de ce phénomène.

Observation n° XXXIV. — (Hohmann), *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, 1909, Bd. 24, p. 121.

Mlle S..., 24 ans, institutrice, remarqua, au mois d'août 1907, un craquement sourd se produisant pendant la marche dans sa hanche gauche. Elle raconte que, 8 ans auparavant, elle fit dans la rue, sur cette même hanche, une chute assez violente. Le bruit disparut pendant l'hiver 1907, puis réapparut en mai 1908, beaucoup plus intense que précédemment.

Depuis lors il n'a pas cessé. La patiente est très nerveuse et s'affecte beaucoup de la chose.

Etat le 19 février 1909. Pendant la marche, on entend un bruit soudain, sec, se produisant dans la hanche gauche ; on le perçoit encore mieux si on applique la main sur le trochanter : on a alors la sensation d'un déplacement, mais la palpation montre qu'il n'y a aucun déplacement articulaire. La radiographie d'ailleurs ne révéla rien d'anormal. Le déplacement se passe dans les parties molles, et on sent distinctement, pendant la flexion de la cuisse gauche, un faisceau sauter d'arrière en avant sur le trochanter, et d'avant en arrière dans l'extension. En même temps on entend le claquement.

Ce phénomène survenait aussi dans la position couchée, par flexion et extension de la cuisse, quoique moins distinctement.

Pendant la marche on pouvait empêcher le phénomène en appliquant fortement la main sur le bord postéro-externe du trochanter ; on s'opposait ainsi au glissement en avant du faisceau.

Nous pensâmes alors à une Hanche à Ressort causée par le déplacement du tractus ilio-tibial en avant du trochanter.

Le traitement consista à envelopper le bassin et la cuisse dans un appareil plâtré soigneusement modelé. Mais il ne fut suivi d'aucun résultat. La malade se résigna alors à une opération qui eut lieu le 27 février. Une incision de 15 cm. le long du bord postérieur du grand trochanter fit tomber sur un espace volumineux, ressemblant à une bourse, rempli de tissu cellulaire très lâche. Derrière le trochanter, on sentait nettement le bord antérieur du grand fessier qui formait une corde glissant sur le trochanter au cours de la flexion de la cuisse.

Le bord antérieur du fessier fut suturé à l'insertion tendineuse du vaste externe et au périoste de la partie postérieure et supérieure du trochanter, la cuisse étant maintenue par un aide en forte rotation interne. On appliqua un appareil plâtré embrassant la hanche et toute la jambe. Six semaines après, le ressaut avait disparu ; pour plus de sûreté, on replaça un petit appareil qui fut encore gardé trois semaines. Au bout de ce temps, la malade était définitivement guérie. Elle fut revue dans la suite et ne présentait plus ni bruit ni douleurs.

Observation n° XXXV. — (Dossmar), *Berliner klin. Wochenschrift*, mars 1909, n° 13, p. 615. Communication à la Société Hüfeland, de Berlin.

Le phénomène de la Hanche à Ressort n'intéresse pas l'articulation, mais est produit par le glissement de la bandelette de Maissiat sur le grand trochanter. La condition nécessaire à sa production est le relâchement du muscle grand fessier, dont les faisceaux se perdent dans la bandelette. Ce relâchement du fessier peut être occasionné aussi bien par une paralysie fonctionnelle comme dans l'hystérie, que par la fatigue.

L'auteur présente un cas qui reconnaît ces deux étiologies.

Quant au traitement, à côté du massage et des autres moyens médico-mécaniques, se pose la question de l'opération avec

fixation de la bandelette de Maissiat dans la gouttière rétro-trochantérienne. L'auteur a pratiqué cette intervention chez le malade présenté.

Observation nº XXXVI. — (Thiéry). Communication au *22e Congrès français de Chirurgie*. Séance du 5 octobre 1909. Compte rendu, p. 293.

G. F..., 48 ans, monteur en métallurgie, fut précipité, le 17 mars 1907, d'une hauteur de 6 mètres dans une chaudière ; il fut contusionné violemment aux reins et à la hanche gauche. Le blessé resta au lit 1 mois 1/2, puis fut radiographié, et commença à marcher avec des béquilles. Le 16 juillet 1908, date à laquelle nous l'avons examiné, il souffrait encore de la hanche et de la fesse gauches, boitait et ressentait dans la hanche des craquements perceptibles à distance. Comme s'il s'agissait d'un accident de travail, il se déclarait atteint d'une incapacité permanente, dont, disait-il, plusieurs médecins avaient évalué le taux à 30 p. 100.

Quatre ou cinq médecins différents avaient conclu à l'existence d'une arthrite sèche coxo-fémorale. C'est dans ces conditions que nous fûmes appelé à examiner le blessé.

Le malade présente des signes d'arthrite sèche du genou droit. Il n'existe aucune atrophie musculaire de la cuisse ou de la jambe ; le trochanter ne présente aucune déformation, et aucun épaississement ; pas de raccourcissement du membre. Les mouvements actifs et passifs d'extension et de flexion de la cuisse sont conservés avec leur amplitude normale. Il n'y a aucun frottement d'arthrite sèche coxo-fémorale, mais le blessé fait remarquer que, dans les mouvements de flexion de la cuisse et vice-versa, le doigt peut percevoir au-dessus et en arrière du grand trochanter des frottements analogues à ceux de la péri-arthrite et que, en passant de la position accroupie à la station verticale, on perçoit à la palpation, et on entend même à la distance de plusieurs mètres, un craquement accusé, accompagné d'une sorte de déclanchement de la hanche, analogue à celui que produirait un muscle qui, luxé au devant d'une saillie osseuse, reprendrait brusquement sa place. La marche était assez facile, quoiqu'il y ait faiblesse du membre et claudication.

En palpant minutieusement la fesse en arrière du trochanter, nous pûmes constater la présence d'un noyau induré ; c'est d'ailleurs en ce point précis que le blessé localisait sa douleur. Ce noyau était mobile, et c'est lui qui basculait au moment du craquement ; il se luxait pour ainsi dire au-dessus du trochanter dans les mouvements étendus de flexion de la cuisse, et tendait à reprendre brusquement sa place en arrière du col fémoral dans les mouvements d'extension, d'où le craquement perçu par le blessé et par nous-même.

La radiographie fut pratiquée en mai et en décembre 1907. Sur l'une et l'autre, apparaît nettement une tumeur osseuse du volume d'une petite noix. Ce ne peut être qu'un ostéome, car le grand trochanter et le col fémoral ne sont nullement déformés, et la tumeur osseuse est mobile et indépendante de l'os. La radiographie de décembre montre d'ailleurs que l'ostéome est plus volumineux qu'au mois de mai. Il paraît avoir pour siège le muscle pyramidal ou l'obturateur interne, plutôt le pyramidal en raison de son siège élevé sur la radiographie, nous ne croyons pas qu'il soit situé dans le grand fessier.

Aucune intervention ne fut pratiquée.

Observations nos XXXVII-XXXVIII-XXXIX. — (Küttner). *Berliner klin. Wochenschrift*, 17 janv. 1910, p. 121. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1910, no 6, p. 198.

Chez le malade présenté à la société de Chirurgie de Breslau en décembre 1909, de même que chez deux autres observés par la suite, il s'agit d'une Hanche à Ressort volontaire bilatérale, due au glissement en avant et en arrière du tractus cristo-fémoral sur le grand trochanter. Dans ces trois cas, la hanche est tout à fait libre.

Comme les malades n'éprouvaient aucune douleur, il n'y eut pas de traitement.

Observation no XL. — (Willige) : *Münchener medizin Wochenschr.*, 15 mars 1910, no 11, p. 607.

Peintre décorateur de 21 ans ; souffre depuis 4 mois environ de douleurs nerveuses : irritabilité, fatigue, insomnie. Il se

présente au milieu de novembre à « la polyclinique nerveuse de l'Université » en se plaignant de ses hanches qui, à l'occasion de certains mouvements, se « déboitaient » avec la plus grande facilité. Le phénomène se produisit d'abord à gauche, à l'occasion d'un faux mouvement : il se répéta avec facilité pendant la marche et pendant certains mouvements du membre. Au bout de quelque temps, il devint capable de « déboiter » et de « remboiter » volontairement sa hanche ; bientôt aussi il put produire le phénomène à sa jambe droite, puis à l'épaule, aux poignets, au cou-de-pied, quelquefois enfin au coude, au genou, et à la mâchoire.

L'examen montra qu'il ne s'agissait nullement de luxation de ces articulations, mais que le malade présentait la faculté de faire sauter sur le trochanter une partie des muscles de la hanche, ce qui détermine une forte voussure, limitée en arrière par un sillon profond. La hanche elle-même n'est pas intéressée et la tête reste complètement dans le cotyle, ce qu'on peut aussi constater à la radiographie.

Au poignet et au cou-de-pied, il s'agit d'un ressaut du tendon extenseur du petit doigt sur l'apophyse styloïde du cubitus, et du tendon du péronier sur la malléole externe. Le prétendu déboitement de l'épaule consiste en réalité en un craquement sous-scapulaire sans déplacement articulaire. Au coude, le seul fait frappant est l'hyperextension prononcée de l'avant-bras. Au genou, rien de particulièrement anormal, bien que le malade prétende qu'il y ait par moments un certain déplacement latéral. Quant à la mâchoire, il semble qu'elle soit volontairement subluxée.

Le reste de l'examen est normal ; la musculature est bien développée, mais celle du bras est un peu flasque, excitabilité électrique normale, réflexes patellaires exagérés, réflexe pharyngé diminué.

Il s'agit d'un névropathe, mais l'hystérie n'est pas encore formellement démontrée. Aussi, je ne sais pas s'il faut admettre un allongement pathologique primitif de certains muscles, ou s'il faut considérer l'ensemble de ces phénomèmes comme des manifestations hystériques.

Observation nº XLI. — (Cotterill). *Edinburg medical journal*, avril 1910, vol. IV, nº 4. Résumée in *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, 1910. Bd. 26, p. 757.

Une femme de 24 ans était tombée un an auparavant d'un escalier. Elle ressentit des douleurs dans la hanche et un craquement particulier dans les mouvements de rotation. L'examen montra que, dans la flexion de la cuisse sur le bassin, une bande fibreuse glissait en avant, à la partie externe de la cuisse. La rotation en dedans, exécutée dans cette position de flexion, provoquait un bruit de craquement, tandis que le trochanter s'enfonçait sous cette bande fibreuse. La malade éprouvait des douleurs considérables. L'abduction et la rotation en dehors s'accompagnaient du même phénomène.

Pendant l'opération pratiquée sous chloroforme, on constata que la bande fibreuse était une partie épaissie du fascia lata déchiré. Le bord libre de cette bandelette avait l'épaisseur du petit doigt. On réunit par des points de suture cette partie déchirée au fascia lata. L'opération fut suivie de guérison.

Observation nº XLII. — (Gross et Heully) : *Revue médicale de l'Est*. 1er août 1910, p. 468. Présentée le 24 mai à la *Société de médecine de Nancy*.

Léon P.., 32 ans, mécanicien, très solidement bâti. A eu autrefois la jambe gauche fracturée, et le membre est raccourci de 2 cm. — En juin 1909 est tombé d'un échafaudage ; la hanche droite porta directement sur le sol. A la suite de cet accident, il ressentit une gêne pénible qui rendait la flexion difficile ; de temps à autre un craquement se fit entendre. Le 15 janvier 1910, en se relevant avec une charge, il s'est senti «piqué» dans la partie supérieure de la cuisse droite, et un fort craquement se produisit dans la hanche. Il éprouva une vive douleur pendant quelques jours et garda le lit.

Quand P... se présente à nous, il présente une faible boiterie à gauche ; un bruit se produit parfois à droite. Il se porte légèrement sur la hanche gauche. Une saillie musculaire fait bomber la région de la fosse iliaque externe droite ; même aspect sur la hanche saine. Si la cuisse passe activement de

l'extension à la flexion à angle droit, on voit se dessiner, à la partie inférieure de la dépression trochantérienne, une saillie elliptique ; elle apparaît avec une flexion de 15°. Avec une flexion de 45°, cette saillie se déclanche en avant, en faisant entendre un bruit sec, unique, rappelant un peu un craquement articulaire.

Dans le décubitus horizontal, la même saillie glisse en avant avec le même bruit, lors du passage à la position assise.

Le phénomène ne se produit que par flexion de la cuisse sur le bassin ou du bassin sur la cuisse. Le patient est incapable de le reproduire par des mouvements du bassin tels que inclinaison, rotation, etc. A la palpation, la partie mobile donne la sensation d'un corps dur, aplati, large de 1 cm. environ, se continuant avec une corde qui monte un peu obliquement par rapport à la face postérieure du trochanter et se dirige vers la crête iliaque.

Pendant le ressaut, aucun déplacement brusque du fémur ne se laisse remarquer ; sa situation par rapport à la ligne de Nélaton-Roser est absolument normale. Les radiographies montrèrent l'absence d'une luxation ou d'une subluxation, ainsi que la parfaite symétrie des deux fémurs.

Les recherches anatomiques et les expériences que nous fîmes nous ayant amené à conclure que le traumatisme avait libéré de ses insertions fémorales la partie supérieure du tendon du grand fessier, nous décidâmes de fixer ce tendon détaché.

L'opération est pratiquée le 7 février. Incision longitudinale de 10 cm., sur la face externe de le partie supérieure de la cuisse, légèrement oblique en arrière, allant du bord supérieur du trochanter à 1 cm. en avant de la saillie qui donne le ressaut. L'aponévrose fémorale est fendue à un travers de doigt en avant du tendon du grand fessier. Celui-ci est, à sa partie supérieure, désinséré sur 1 cm. environ, très épais et arrondi. L'index insinué sous ce tendon sent qu'il fait à la face profonde du muscle un relief d'un travers de doigt ; du côté du fémur une crête rugueuse lui correspond. Des mouvements de flexion imprimés à la cuisse provoquent le ressaut, et permettent de se convaincre qu'il est bien dû à l'échappée du tendon ; dans ces mouvements, l'index se trouve pincé entre le fémur et lui. Aucun doute n'est possible sur la nature du ressaut, il est dû

à la mobilité anormale du tendon du grand fessier. Pour enlever à ce dernier la possibilité de glisser par-dessus le trochanter, la lèvre postérieure de l'incision aponévrotique, c'est-à-dire celle à laquelle adhère le tendon fessier, fut fixée par 5 points à la soie à l'épaisse aponévrose du vaste externe et par 2 points au périoste trochantérien. La lèvre aponévrotique antérieure fut fixée de même au vaste externe, par-dessus la lèvre postérieure suturée.

Suture cutanée, sans drainage ; immobilisation dans un appareil plâtré, la jambe en extension et légère abduction. A la levée de l'appareil, au bout de 6 semaines, le ressaut et le bruit ont disparu. Six mois après, la guérison se maintient, parfaite.

Observation n° XLIII. — (Gaugele) : *Zeitschr. f. orthop. Chir.* 1910. Bd. 27, p. 133.

Guillaume S..., 23 ans ; a été apprenti mécanicien pendant 3 ans. Il était debout toute la journée, et il avait l'habitude de se reposer alternativement sur une jambe et sur l'autre. Il ressentit alors des douleurs progressivement croissantes dans les deux hanches. Un jour, il remarqua un craquement, qui, se produisant au début seulement dans la montée des escaliers, se répéta bientôt dans la marche. Il fut, dès le début, douloureux et pouvait être perçu à l'oreille et à la palpation. Les douleurs augmentant, S... abandonna sa place de mécanicien et devint commerçant. Le craquement se fit alors plus rare et les douleurs diminuèrent, sans disparaître cependant complètement. Le phénomène, en février 1909, se produisait encore une à cinq fois par jour, et était nettement douloureux. Le sujet peut encore le produire à droite volontairement, mais ne peut plus le faire à gauche, tellement la douleur est vive.

Dans la marche, le malade ne souffre pas, mais les souffrances apparaissent après une longue course ; une fois même il dut garder le lit pour cette raison.

Le 8 février 1909, l'état était le suivant : Jeune homme grand, à musculature bien développée. Les hanches ne présentent extérieurement rien d'anormal. Quand le sujet marche dans la chambre, le craquement ne se produit pas, mais le sujet réussit à le provoquer, bien qu'il soit à chaque fois douloureux. Le

phénomène est tel que Pupovac et Zur Verth l'ont décrit : le sujet s'appuie sur la jambe droite, fléchit la gauche, élève sa hanche droite et abaisse la gauche, puis, par contraction musculaire, repousse manifestement son trochanter en arrière. La main appliquée à plat sent très bien le ressaut d'un cordon ; la saillie normale du trochanter s'enfonce, tandis que la région située en arrière fait fortement saillie. La jambe reste complètement immobile. C'est le bassin qui se déplace. Dans la position couchée, le phénomène se produit, mais très difficilement; le bassin et la jambe se déplacent alors l'un sur l'autre.

Les radiographies, prises en position normale et en position de ressaut, montrent que la tête reste en place et que le bassin modifie sa position par rapport au fémur en s'abaissant fortement du côté opposé au phénomène.

Observation n° XLIV. — (Gaugele), *loc. cit.*, p. 136.

Mlle Müller, 22 ans. — *Etat* en février 1909. Il y a 2 ans, la malade ressentit en montant un escalier des douleurs dans la hanche droite, qui se renouvelèrent plus tard dans les mouvements plus simples. Elle sentait déjà à la palpation qu'un ressaut se produisait, mais elle ne sentait ni n'entendait encore de craquement. Celui-ci s'installa 6 mois plus tard, dans les mouvements de flexion et d'extension active de la jambe. Les mouvements passifs ne le provoquaient pas.

La malade ne pouvait marcher qu'à petits pas et pendant peu de temps.

La malade est très forte et normalement conformée. Les mouvements actifs de la jambe droite produisent dans la flexion de 80 à 90° un craquement sourd; en même temps la patiente a l'impression que sa tête fémorale se porte en arrière.

Le traitement consista en air chaud, bains de lumière, bains d'acide carbonique, massage.

Depuis 9 mois, la malade ne souffre plus ; le craquement a complètement disparu et ne se produit plus que par les temps froids, en s'accompagnant d'une légère douleur.

Un examen ultérieur (novembre 1909) montra que la malade était complètement guérie.

Observation nº XLV. — (Walther Koun) : *Archiv. f. klin. Chir.*, 1910. Bd. 93, p. 553.

R. N..., étudiant en médecine, 20 ans, fit une chute de la hauteur d'un étage en septembre 1904, pendant des exercices de gymnastique. Trois mois plus tard, il remarqua un claquement dans la cuisse gauche. Les médecins qui le virent diagnostiquèrent une affection rhumatismale.

Le traitement par les bains chauds, les frictions, l'air chaud et les produits iodés à l'intérieur, ne donna aucun résultat. Le sujet vint alors consulter dans une clinique chirurgicale de Vienne, où l'on crut au détachement de quelques fragments osseux du trochanter ; mais une incision qui mit la hanche a nu ne montra rien d'anormal. Quinze jours après cette intervention les douleurs recommencent. Dans une autre clinique chirurgicale, on déconseille toute opération, parce qu'il s'agit, dit-on, d'un aplatissement de la cavité articulaire.

Le 15 mai 1910 le malade se présente à la clinique chirurgicale du professeur Bayer. A l'examen on constate que, dans la flexion, l'extension et la rotation, on sent une corde sous-cutanée, large environ comme le pouce, glisser en avant et en arrière, sur le trochanter avec un bruit de claquement et une sensation désagréable pour le patient. Il y a de la boiterie dans la marche. Le diagnostic de Hanche à Ressort fut posé.

Le 12 mai 1910, Bayer pratiqua l'opération : Incision de l'ancienne cicatrice de la première opération. Le fascia lata apparaît sur le trochanter, il est très résistant et se présente comme un cordon dirigé de haut en bas et d'avant en arrière (tractus iliofémoral). Sur le bord postérieur de cette corde, on fait une longue incision à travers le fascia lata et on dénude le tendon du grand fessier. Entre celui-ci et le grand trochanter, dont la surface est absolument libre, on extirpe du tissu cellulaire lâche. Le bord interne du tendon du grand fessier est fixé au trochanter par deux points de suture. Le tractus iliofémoral lui-même est rejeté en arrière et suturé derrière le trochanter au fascia lata. Sutures cutanées. La jambe est fixée en forte abduction. Le 28 mai, le malade sort guéri. Le 10 septembre, douleurs et ressaut n'ont pas reparu.

Observation n° XLVI. — (Rocher), *Gazette des Hôpitaux :* 21 mars 1911, p. 498.

René B..., 10 ans, est conduit à la consultation de l'Hôpital des Enfants par sa mère, qui nous dit que son enfant a quelque chose qui saute et qui craque continuellement dans sa hanche gauche, et qu'il se plaint de douleurs dans cette région.

René B... est petit, quoique bien portant ; il est nerveux.

La mère s'est aperçue de ce phénomène il y a 4 ans, pendant une nuit, mais l'enfant prétend qu'il se produisait déjà depuis longtemps. Il n'en a jamais été gêné ni dans la marche, ni dans la course, mais lorsqu'il a fatigué dans la journée, il se plaint de sa hanche.

A l'examen, on constate dans la région trochantérienne gauche des petits ressauts d'une bande fibro-tendineuse que l'on aperçoit en relief au-dessous des téguments, et qui correspond à la direction du bord antérieur du grand fessier. On entend en même temps un petit bruit de claquement, que le sujet peut exagérer à volonté comme intensité. Ce ressaut est surtout appréciable à la main ; on sent alors une bande fibreuse, présentant la forme d'un gros tendon, qui se déclanche en avant et en arrière d'une tubérosité conique, saillante, située sur la face externe du fémur, juste au-dessous du grand trochanter, vers le niveau de son bord postérieur.

Le déclanchement se produit par des mouvements de flexion et d'extension de la cuisse, avec adduction légère. L'angle de flexion sous lequel se produit le ressaut est de 15 à 20 degrés. Le ressaut se produit aussi dans le décubitus dorsal ou latéral droit, et en toutes circonstances, dans la marche, dans la position debout, assise ou accroupie, pendant le sommeil, quand l'enfant se déplace, par simple contraction musculaire. Le mouvement de ce ressaut est rythmique ; sa vitesse est de 55 à 60 par minute. Il se produit et s'arrête (temporairement seulement) sous l'influence de la volonté.

Des radiographies, prises en position normale et en différentes positions d'abduction et de rotation interne, n'ont pas permis de découvrir de relief appréciable au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, au point où était sentie la tubéro-

sité saillante. Peut-être est-elle trop postérieure pour être visible, ou n'est-elle encore que cartilagineuse. Nous serions assez portés à faire de cette saillie une exostose ou une ecchondrose ostéogénique, liée au développement du cartilage de conjugaison fémoro-trochantérien.

Cet enfant a été présenté par nous à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, le 5 juin 1905.

Observation nº XLVII. — (Rocher) (*loc. cit.*), p. 499.

Auto-observation. L. R..., 35 ans. En constatant pour la première fois le phénomène de la Hanche à Ressort, chez l'enfant qui fait l'objet de l'observation précédente, j'eus l'idée de comparer cette sensation avec celle que j'avais éprouvée depuis longtemps, mais sans y attacher d'importance, au niveau de ma hanche droite.

Il me serait difficile de dire depuis quand ce ressaut existe, mais depuis de nombreuses années, particulièrement au moment de mes études anatomiques, j'en avais cherché la cause. Ce qui est certain, c'est qu'aucun traumatisme, entorse ou chute importante sur le trochanter, n'a atteint ce côté, que jamais je n'ai été incommodé par ce ressaut, même dans les courses forcées, soit en montagne, soit en pays plat, soit en bicyclette.

Pour produire le plus facilement le phénomène, je prends l'attitude suivante : le bassin, surélevé du côté droit, est fléchi sur la cuisse, qui se porte en adduction et en légère rotation interne ; le genou se place en flexion, et le pied n'appuie sur le sol que par sa pointe. Par un mouvement d'extension du genou et de l'articulation coxo-fémorale, le ressaut caractéristique se produit, plus ou moins fort, suivant la violence plus ou moins grande de la contraction des muscles fessiers et crauraux. Ce ressaut est produit par une bande fibro-tendineuse qui suit la direction du bord antérieur du grand fessier. Il nous a semblé qu'il se produisait non point contre le bord postérieur du trochanter, mais contre un obstacle situé sur sa face postéro-externe, au niveau de son bord inférieur. La palpation permet d'apprécier à ce niveau une éminence osseuse constituée par le tubercule trochantérien très volumineux. L'ex-

ploration comparative des deux côtés permet de constater que le trochanter droit est plus volumineux que le gauche.

Dans la flexion de la cuisse sur le bassin, la bande, passant d'arrière en avant sur l'obstacle, vibre légèrement, mais sans bruit appréciable à l'oreille. Donc ressaut accentué et vibrant dans l'extension, ressaut léger dans la flexion.

Ce ressaut se produit encore dans d'autres attitudes, comme dans la flexion du bassin sur la cuisse placée en adduction, et dans l'extension (le ressaut est encore dans ce dernier cas plus prononcé). L'angle de flexion articulaire sous lequel se produisent l'un et l'autre ressaut est de 30° environ. Dans la position couchée, les mouvements passifs ne provoquent pas de ressaut, qu'il y ait résistance on non ; les mouvements actifs ne provoquent qu'un léger ressaut, ou plutôt un frottement.

La radiographie montre une extrémité fémorale normale ; le trochanter, très développé, présente dans la partie sous-jacente à la crête du moyen fessier une convexité révélatrice en ce point, d'une augmentation de volume de cette apophyse.

Le phénomène n'existe pas du côté gauche.

Observation n° XLVIII. — (Rocher), *loc. cit.*, p. 499.

Gustave D...,19 ans, examiné en même temps que son frère atteint de coxalgie, se plaint de temps à autre de douleurs vives au niveau de la hanche droite. Ses parents s'inquiètent surtout d'un bruit très vibrant, qu'il produit dans ses deux hanches, volontairement.

Garçon bien développé et superbement musclé. Il y a 7 ans et demi, à l'époque où débutait la coxalgie du frère, Gustave, en descendant de bicyclette, fit un faux pas qui détermina, dit-il, une légère entorse de la hanche droite. Il éprouva à partir de ce moment une douleur discontinue, dans l'espace compris entre la crête iliaque et le sommet du grand trochanter...

Interrogé sur le début du ressaut qui existe dans les deux régions trochantériennes, D...nous dit ne pas pouvoir se rappeler à quelle époque il est apparu ; son existence serait donc déjà de longue date.

Examen : sept 1906. Le phénomène de la Hanche à Ressort existe des deux côtés, avec plus de force du côté gauche. Le ressaut ne peut se produire lorsque le sujet a ses deux pieds

réunis et le corps en rectitude. Il faut que, soit le bassin se fléchisse sur la cuisse, soit la cuisse sur le bassin ; le sujet prend ordinairement la position hanchée qui fait saillir le grand trochanter et place le membre en adduction. Le ressaut des deux côtés est très prononcé, appréciable à l'œil, à l'oreille et à la main. D... ne peut pas produire en même temps des deux côtés le phénomène... Il le produit d'un seul côté volontairement quand il est *debout*, en position de repos ou quand il marche. Il le produit également dans le *décubitus dorsal*. L'angle sous lequel se produit le ressaut de flexion est environ de 40 degrés. Le bruit entendu pendant le ressaut de flexion est plus intense que celui entendu pendant le ressaut d'extension. Les mouvements passifs simples ou avec résistance musculaire ne provoquent pas le bruit et le ressaut. Le phénomène peut être provoqué plusieurs fois de chaque côté, jusqu'à ce que survienne un état de fatigue qui gêne l'effort violent nécessité pour sa production. Dans certaines conditions, le bruit est si intense, le ressaut si prononcé qu'on pourrait croire à l'existence d'une luxation du fémur, récidivante et volontaire.

La radiographie montre que les extrémités supérieures des fémurs sont normales. Pas d'exostose appréciable au niveau de la surface externe des trochanters. Un seul point est à noter, c'est que leur volume est vraisemblablement augmenté.

Le point particulier de cette observation est que notre sujet a été obsédé par la phobie de la coxalgie, entretenue par la vue de son frère.

Le traitement consista en applications de pointes de feu, suivies d'un médiocre résultat. Puis, le 20 décembre 1906, on pratiqua une injection de 2 cc. d'eau distillée dans le moyen fessier à la suite de laquelle les douleurs diminuèrent jusqu'au 30 mai 1907. A cette date, sans cause appréciable, les douleurs recommencèrent. Le 16 juillet, nouvelle injection d'eau distillée en plein muscle. Depuis cette époque, D... ne se plaint plus de douleurs; nous le revoyons tous les ans, sa hanche à ressort est telle que nous l'avons décrite. Notre sujet fut un phobique ; il ne présenta à part cela aucun signe de nervosisme.

Il a été présenté à la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, le 23 octobre 1906.

Observation n° XLIX. —(Rocher), *loc. cit.*, p. 500.

X..., 32 ans, employé de commerce, présente un bruit et un ressaut particuliers dans les régions trochantériennes droite et gauche,constatés pour la première fois au cours d'une injection de cacodylate dans la fesse. Jamais le malade n'avait prêté attention à cette particularité.

Sujet très amaigri, sur lequel il est facile de sentir un tubercule trochantérien très saillant, sur lequel se déclanche en avant et en arrière la corde fibro-tendineuse du fessier. Le ressaut dans la flexion et l'extension de la cuisse, avec le bruit qui l'accompagne, sont plus forts à droite qu'à gauche.

Le sujet marche, court, sans n'avoir jamais été incommodé; la production du phénomène ne s'accompagne d'aucune douleur,tant d'un côté que de l'autre. Au moment du phénomène, on voit se dessiner le relief des saillies tendineuses sur la face externe du genou (bandelette ilio-trochantéro-tibiale). Ce malade a été soumis à notre examen en décembre 1906; nous ne l'avons pas revu depuis.

Observation n° L. — (Professeur Demons de Bordeaux, *in* Rocher), *loc. cit.*, p. 501.

Le professeur Demons a vu dans son cabinet,en octobre 1907, un jeune homme de 18 ans, présentant d'un côté le phénomène de la Hanche à Ressort. Il n'en souffrait nullement et n'en ressentait aucune gêne fonctionnelle.La famille et le jeune homme demandaient à être renseignés sur la nature de ce ressaut et de ce bruit anormal.Le professeur Demons,étant donné le diagnostic de Hanche à Ressort, rejeta toute idée d'intervention.

Observation n° LI. — (Batut, *in* Rocher), *loc. cit.*, p. 501.

Le médecin major Batut se rapelle avoir vu, une fois tout au moins, parmi les nombreux hommes qu'il a eu à examiner, un exemple de Hanche à Ressort. Ignorant à cette époque la nature de ce ressaut fessier-trochantérien, il ne posa pas de diagnostic ferme.

Observation n° LII (Cluzeau). *Thèse de doctorat en médecine de Bordeaux*, mai 1911, p. 108. Auto-observation. **Hanche à Ressor, volontairement acquise.**

L'auteur, s'inspirant de la théorie de Zur Verth, parvint, grâce à un exercice patiemment soutenu, à provoquer le phénomène de la Hanche à Ressort dans sa hanche gauche.

Pour le produire avec sûreté, il prend la position hanchée sur la jambe gauche, le membre droit étant en flexion et abduction, puis, par un léger mouvement de flexion du genou gauche, il provoque le glissement en avant de la corde sur le trochanter. Le glissement en arrière s'opère par le retour à l'extension. Le bruit de ressaut est plus net et plus sonore dans l'extension que dans la flexion.

La palpation du trochanter ne révèle l'existence d'aucune saillie anormale, mais montre que la surface est assez fortement convexe dans le sens antéro-postérieur.

Au moment du ressaut de flexion, on sent accourir du bord postérieur du trochanter une large saillie longitudinale, parallèle à l'axe de la diaphyse fémorale, formée par la bande fibro-tendineuse du grand fessier, et dont le bord antérieur correspond approximativement au bord antérieur du trochanter. A ce moment se dessine en avant du bord antérieur de cette bande une gouttière longitudinale très accusée.

Le phénomène peut encore être produit dans la station hanchée sur le membre inférieur gauche, par une inclinaison rapide du bassin en avant et à droite, mais toujours accompagnée de la contraction du fessier. Même résultat avec une simple et légère torsion du bassin vers la droite.

Dans la position couchée, le phénomène n'est possible que si le pied s'appuie sur un obstacle ; le déclanchement est cependant moins accusé.

Pendant la marche le ressaut est facilement provoqué à chaque pas, par une contraction opportune du fessier, au moment où le membre inférieur gauche appuie sur le sol, et où le pied droit de postérieur va devenir antérieur. Dans tous ces mouvements, c'est toujours le ressaut de flexion qui se produit. Par contre, dans l'ascension d'un escalier, c'est le ressaut d'extension qui est obtenu régulièrement, au moment où le membre

inférieur gauche passe d'une flexion forcée dans l'extension complète ; mais il ne faut pas oublier de faire intervenir à temps la contraction énergique du grand fessier.

La répétition du ressaut provoque assez rapidement une douleur qui oblige à suspendre l'exercice et qui disparaît en une heure ou deux.

La radiographie n'a montré aucune saillie anormale du trochanter ni aucune particularité articulaire.

Observation n° LIII. — (Due à l'obligeance de M. le Dr Mouchet). **Ressaut fessier trochantérien gauche.**

Stanislas M..., 40 ans, gardien de la paix à Paris. Vient nous consulter le 10 juin 1910, à la consultation de Chirurgie de l'Hôpital Saint-Louis, pour des douleurs qu'il éprouve dans la hanche gauche.

M... nous raconte que, il y a 2 mois, il a fait une chute sur la hanche gauche en se débattant avec des apaches qu'il voulait arrêter. Il serait tombé sur une marche d'escalier, dont le rebord aurait heurté la région trochantérienne gauche. En même temps, il aurait reçu dans la même région un violent coup de pied d'un des apaches. Il put quand même se relever, maintenir solidement un des apaches et le conduire au poste. Mais, en rentrant chez lui, le soir même, il éprouva des douleurs très vives dans la région fessière et inguinale gauche, et il remarqua un gonflement qui s'installa assez rapidement dans la région traumatisée. Il passa une mauvaise nuit, éprouvant une sensation de courbature très prononcée dans la hanche gauche, mais put néanmoins reprendre son service le lendemain et le continuer les jours suivants. Il continuait à éprouver des douleurs très vives, en dehors de la marche et de la station debout. Il obtint de faire un service plus modéré, mais, au bout de 4 ou 5 jours, il dut rester quelques jours chez lui couché. Des bains, des frictions avec un liniment chloroformé diminuèrent notablement les phénomènes douloureux.

Depuis cette époque, il n'a cessé de boiter, de « tirer la jambe », suivant son expression.

Quand le malade est venu à nous, on ne remarqua d'abord

rien de particulier dans la région de la hanche gauche. Il marche en tenant la jambe gauche un peu raide. Quand il se tient debout, sur le pied droit, nous remarquons que, dès qu'il fléchit la hanche gauche, même légèrement, il se produit un ressaut au niveau du trochanter, qui paraît plus saillant. On croirait que la tête fémorale gauche se subluxe. En réalité il semble bien que ce ressaut visible, et donnant lieu à un claquement pouvant être entendu à distance, soit dû uniquement aux fibres antérieures du grand fessier qui se contractent puissamment, en formant une grosse saillie musculaire et en passant et repassant sur la face externe du trochanter. Le malade produit le bruit à volonté dès qu'il fléchit la cuisse sur le bassin, surtout avec un peu de rotation en dedans.

Il prétend que ce ressaut survient constamment pendant la marche, dès qu'il n'immobilise pas soigneusement la hanche gauche, et qu'il le gêne considérablement dans son métier.

La radiographie, pratiquée dans le laboratoire de M. le Dr Gastou, à l'Hôpital Saint-Louis, montre une conformation normale des surfaces articulaires, et fournit la preuve qu'au moment du ressaut la tête n'abandonne pas le cotyle. Aucune saillie anormale sur la face externe du trochanter.

Nous engageons le malade à se soumettre à un traitement médical : onctions calmantes, bains chauds alternant avec des douches de vapeur, et nous lui proposons, si ce traitement ne fournit pas de résultats assez satisfaisants, une opération destinée à remédier à ce ressaut fessier gênant.

M... vient nous voir à plusieurs reprises, déclarant qu'il ne présente pas d'amélioration. Nous insistons alors sur la nécessité de lui pratiquer une opération chirurgicale : à partir de ce jour, il ne revient plus nous voir. Cela ne nous étonne pas, M... se considérant comme accidenté du travail, et nous ayant toujours paru exagérer à dessein son état douloureux. Nous avons seulement su par lettre, 6 mois après, que l'état était stationnaire. Le malade avait recouru au massage. « C'était, disait-il, ce qui lui réussissait le mieux. » De l'opération, il ne voulait plus entendre parler.

Nous avons su depuis ce moment qu'il avait obtenu la rente souhaitée et nous n'avons pas pu le revoir ; il est probable qu'il n'a moins que jamais envie d'être opéré.

Observation n° LIV (due à l'obligeance de M. le Dr Mouchet).

Ressaut fessier trochantérien bilatéral.

J. X..., 25 ans, bonne d'enfant chez le docteur D..., nous est adressée par lui en novembre 1910 pour un ressaut fessier-trochantérien.

L'interrogatoire ne nous fournit pas grands renseignements sur l'évolution de cette affection. Cette jeune fille, d'apparence très robuste, forte en couleurs, active, ardente au travail physique, aurait présenté, il y a 4 ans, des phénomènes du même ordre au niveau de la fesse gauche. Au bout de quelques mois, un chirurgien anglais aurait pratiqué à cet endroit une opération, dont nous voyons la trace, sous l'aspect d'une cicatrice horizontale, longue de 8 à 9 cm., située à 4 bons cm. au-dessous du pli de l'aine et s'étendant en dehors jusqu'au grand trochanter. On aurait ouvert l'aponévrose fémorale, sectionné l'insertion trochantérienne du grand fessier, et extirpé une bourse séreuse située sous ce muscle. Suture de l'aponévrose et de la peau.

Toujours est-il que, depuis cette opération, le ressaut présenté par la malade du côté gauche a disparu.

Douze mois après, une nouvelle opération dut être pratiquée plus haut, sur la crête iliaque, en arrière de l'épine. L'opération permit d'ouvrir une « grosseur », d'où seraient sorties « beaucoup de choses ». La cicatrisation se serait effectuée au bout d'un mois.

Tout cela est vague et imprécis ; la grande dimension de l'échancrure creusée dans la crête iliaque permet de penser que l'opérateur a fait une large abrasion osseuse. S'agissait-il d'une tuberculose iliaque? Ce ne serait pas impossible, en raison de l'aspect de la cavité osseuse actuellement cicatrisée, mais nous n'oserions rien affirmer. Ce qui est certain, c'est que nous ne saisissons pas nettement le rapport entre l'affection rétro-trochantérienne, pour laquelle on avait déjà dû intervenir et cette lésion de l'os iliaque si vilainement cicatrisée. Ce devaient être vraisemblablement deux affections distinctes.

La jeune fille est formelle sur ce point que l'affection actuelle de la hanche droite ressemble trait pour trait à celle qui a motivé à gauche une extirpation de bourse séreuse.

Voici les caractères de cette affection : Au premier abord, quand la malade est nue devant nous, nous ne remarquons rien. Quand elle marche, pas davantage. Mais si nous la prions de se tenir debout, et de raidir sa cuisse droite, immédiatement nous voyons un ressaut des fibres antérieures du grand fessier sur le grand trochanter ; nous sentons avec la main, et nous entendons à distance, un claquement particulier, produit par le glissement brusque du muscle sur la saillie osseuse. Le bruit paraît bien provenir uniquement de ce ressaut musculaire. C'est surtout la malade qui le provoque elle-même ; dès le début de notre examen, lorsqu'elle était sur le lit, dans le décubitus dorsal, nous essayâmes de fléchir légèrement sa cuisse et nous obtînmes immédiatement le bruit caractéristique, mais nous ne pûmes arriver à le provoquer aussi facilement et aussi régulièrement que la malade elle-même.

Nous n'avons pu sentir derrière le muscle aucune production anormale qui ressemblât à une bourse séreuse enflammée ou hypertrophiée.

Notons qu'en dehors de ce ressaut, seulement un peu désagréable, M^lle^ X... n'éprouve aucun trouble fonctionnel : elle marche sans fatigue, elle est capable de frotter un parquet, d'aller et venir toute la journée dans l'appartement, où elle surveille les enfants. Quelquefois cependant, la nuit, elle éprouverait certains élancements dans la région fessière.

Il n'y a guère qu'un mois qu'elle s'est aperçue de ce ressaut. Sa mère, apprenant qu'elle présente actuellement du côté droit les mêmes phénomènes qu'il y a 4 ans du côté gauche, tient à ce qu'elle retourne en Angleterre consulter le chirurgien qui l'a opérée autrefois.

Nous perdons donc cette malade de vue. Le médecin chez qui elle était placée croit que le besoin d'une opération n'était qu'un prétexte pour retourner en Angleterre.

Observation n° LV (due à l'obligeance de M. le Dr Picqué)
(**Ressaut fessier trochantérien bilatéral**).

N. A..., 21 ans 1/2, étudiant en médecine, très musclé, grand joueur de foot-ball et de tennis. Depuis 3 ou 4 ans environ, N... a remarqué le ressaut qui se produisait dans ses

hanches et qu'il attribuait à une subluxation de ses têtes fémorales. Le phénomène est survenu spontanément, sans cause occasionnelle spéciale.

N... ne souffre pas de ses Hanches à Ressort; il ressent seulement un peu d'endolorissement à leur niveau quand il a répété souvent les mouvements qui déterminent le ressaut.

Actuellement, N... a une Hanche à Ressort périarticulaire (type Ferraton) par ressaut fessier trochantérien à droite comme à gauche. Il a été versé dans le service auxiliaire à cause de ces phénomènes.

A droite, la Hanche à Ressort est produite aisément dans toutes les positions : debout, couché, par simple rotation externe ou interne. A gauche le ressaut se produit moins facilement. N... doit prendre point d'appui avec le pied.

A l'épaule droite (moins facilement à la gauche), N... produit une subluxation en arrière et en bas de sa tête humérale, en écartant son bras presque à 80°, en portant le coude un peu en avant du plan du corps et en effectuant une contraction brusque des muscles « renforçateurs de la capsule humérale ».

Observation nº LVI (personnelle). — **Ressaut fessier trochantérien droit.**

G. T..., 27 ans, étudiant en médecine; bonne santé antérieure, très fortement musclé. Il y a 15 ans environ, il s'aperçut, tout à fait par hasard, qu'il pouvait produire des craquements dans sa hanche droite, en fléchissant la cuisse sur le bassin, puis en exécutant certains mouvements du bassin. Le sujet remarquait déjà que ces craquements, perceptibles subjectivement et objectivement, coïncidaient avec un ressaut brusque qui se traduisait par une saillie de la région trochantérienne. Jamais il ne ressentit la moindre gêne de cette particularité et il ne la considérait que comme une curiosité, qu'il se plaisait volontiers à produire instinctivement ou à montrer à ses camarades de classe.

Actuellement, le phénomène ne peut plus être produit par simples mouvements de flexion de la cuisse, il faut que le sujet ait recours à des mouvements plus complexes de rotation du bassin, qui nécessitent une attitude spéciale : tout le poids du

corps repose sur le membre inférieur droit, la cuisse droite étant tenue en forte extension et le pied en légère rotation externe. Le membre gauche est placé au contraire en flexion légère de la jambe sur la cuisse; le côté gauche du bassin se trouve par suite fortement abaissé. Cette position préparatoire étant prise, et destinée à provoquer la contraction passive des muscles fessiers du côté droit, une brusque rotation du bassin de gauche à droite produit le ressaut caractéristique, accompagné d'un bruit sourd, à peine perceptible à l'oreille, en même temps qu'apparait une forte saillie qui saute d'arrière en avant sur le grand trochanter. Après le ressaut, cette saillie est limitée en avant par un sillon profond, dont la direction presque verticale correspond au bord antérieur du grand fessier, et en arrière par une dépression assez large. La main appliquée à plat sur la région, au moment du phénomène, sent nettement que ce ressaut est superficiel et est dû au passage d'un muscle contracté, le grand fessier, sur l'obstacle trochantérien.

Par un mouvement inverse, le bassin reprend sa première position, et un second ressaut se produit, mais beaucoup moins brusque et moins perceptible que le premier.

Le ressaut n'est nullement douloureux, cependant le phénomène répété un trop grand nombre de fois amène un certain endolorissement de la région.

Jamais le phénomene ne se produit spontanément. Le sujet est incapable de le provoquer dans la position couchée, même en prenant un point d'appui sur l'extrémité du lit avec sa jambe. Il ne l'observe jamais pendant la marche. Il faut noter cependant que pendant celle-ci, et surtout pendant les mouvements d'ascension d'un escalier, la main, appliquée sur la région trochantérienne, perçoit un très petit ressaut au moment où le membre franchit en avant l'axe du tronc. Il semble alors qu'un petit cordon fibreux, très étroit, mais nullement comparable à la saillie musculaire précédente, passe en sautant d'arrière en avant sur le trochanter. Mais ce phénomène ne peut avoir aucune analogie avec celui que provoque le ressaut du fessier : il est à peine perceptible à la palpation, il se passe plus superficiellement, se produit spontanément et ne s'accompagne pas de la sensation de tiraillement profond qu'accuse le sujet pendant le premier ressaut.

Les mouvements passifs, imprimés au membre, sont incapables de produire le ressaut, même si le sujet contracte énergiquement ses muscles fessiers.

Extérieurement et au repos, la région de la hanche droite ne présente rien d'anormal. Il n'y a pas de saillie appréciable du trochanter, et la palpation ne permet pas de reconnaître le moindre tubercule exubérant sur sa face externe. Il n'y a pas d'attitude vicieuse du membre ou du bassin, pas de raccourcissement réel ou apparent du membre. Après le ressaut, le trochanter conserve ses rapports normaux avec la ligne de Nélaton-Roser. Il n'existe aucune gêne fonctionnelle.

Les radiographies prises en position normale de la hanche droite, et en position de ressaut, et exécutées au laboratoire de M. le Dr Gastou à l'hôpital Saint-Louis, ne montrent qu'une adduction et une rotation interne du fémur dans la seconde position; mais l'extrémité fémorale (col et trochanter) est absolument normale, et la tête reste en place dans le cotyle.

Notons, en terminant, que le sujet présente une laxité anormale de l'articulation du poignet droit, qui peut être facilement subluxé, la main prenant un point d'appui sur un plan résistant.

Observation nº LVII (personnelle). — **Ressaut fessier trochantérien bilatéral.**

A. M..., 27 ans, étudiant en médecine, de bonne santé habituelle, grand, ayant un pannicule adipeux développé, mais relativement peu musclé. Vers l'âge de 12 ans, en montant un escalier, il entendit un claquement bizarre dans la hanche gauche, qu'il s'amusa par la suite à reproduire volontairement et dans toutes les positions. Pendant assez longtemps, le bruit ne siégea qu'à gauche, puis le sujet avec de l'exercice, parvint aussi à le produire à droite, mais jamais d'une façon aussi intense que de l'autre côté. Cette particularité lui a valu la réforme du service militaire.

Actuellement le phénomène peut être provoqué de multiples façons, soit par mouvements du membre inférieur, soit par mouvements du bassin.

1º Le sujet porte le poids du corps sur le membre opposé au côté qu'il veut faire craquer; alors une légère flexion de la

cuisse du côté craquant, combinée à une légère rotation interne, le pied ne quittant pas le sol, suffit à faire apparaître le ressaut. Pendant ce mouvement, le sujet prend soin de contracter fortement ses muscles fessiers; cette contraction se traduit par une forte voussure de la région trochantérienne, limitée en avant par un sillon profond, qui saute brusquement en avant au moment de la flexion de la cuisse, en faisant entendre un bruit sec facilement perceptible à plusieurs pas de distance. Le ressaut est encore plus appréciable à la main, qui sent nettement le bord antérieur du grand fessier bondir sur le trochanter. Le retour à l'extension de la cuisse ne s'accompagne d'aucun ressaut appréciable;

2° Le ressaut apparaît encore dans les mouvements de rotation interne du membre, il suffit que le sujet, toujours appuyé sur le membre opposé, fasse légèrement tourner en dedans la jambe placée en extension et fortement raidie;

3° Les mouvements du bassin produisent le même résultat. L'attitude est alors absolument identique à celle que nous avons décrite dans l'observation précédente : le poids du corps reposant sur un membre, le membre opposé est placé en légère flexion de la jambe sur la cuisse et le côté correspondant du bassin fortement abaissé. Une brusque rotation du bassin vers le côté craquant provoque le ressaut bruyant;

4° Le ressaut enfin se produit dans toutes les positions, aussi bien par mouvements actifs que par mouvements passifs : que le malade soit debout, assis ou couché, soit par flexion et légère rotation interne du membre, soit par simple rotation interne.

Dans toutes ses positions, le ressaut est unique; il ne se produit que lorsque le bord antérieur du grand fessier saute de la partie postérieure du trochanter sur sa face externe, et, fait remarquable, il n'a pas lieu si le sujet néglige ou cesse de contracter volontairement ses muscles fessiers. Le phénomène ne se montre jamais dans la marche ordinaire, mais le malade peut le provoquer, quoique assez inhabilement, en contractant ses muscles fessiers; on entend alors à chaque pas un bruit sec, siégeant alternativement à gauche et à droite; en aucune façon le ressaut ne peut être produit dans les deux hanches à la fois.

Le phénomène ne s'accompagne d'aucune douleur. Cependant, par sa répétition trop fréquente, il occasionne de la fatigue et un certain état d'engourdissement de la hanche ; il détermine même parfois, dans les heures qui suivent, des douleurs qui rendent la marche pénible. A part ce petit inconvénient, il n'y a jamais eu de gêne fonctionnelle à proprement parler.

La radiographie de la hanche gauche, siège du ressaut le plus intense, n'a révélé aucune anomalie du col ou du trochanter. La tête fémorale reste complètement en place dans le cotyle après le ressaut, et il a fallu que M... se rende compte lui-même de la chose, pour abandonner l'idée d'une subluxation intermittente, à laquelle il avait fermement cru jusqu'alors.

Comme autre particularité curieuse, M... présente des mouvements d'hyperextension très accusés de l'avant-bras sur le bras et une très grande mobilité de la rotule.

Observation nº LVIII (personnelle). — **Ressaut fessier trochantérien gauche, avec ébauche du phénomène à droite.**

G. B..., 19 ans, étudiant en médecine, bonne santé habituelle, assez petit, mais trapu et très fortement musclé. Rien d'intéressant dans ses antécédents, et, en particulier, pas de traumatisme de la hanche. Il y a quatre ou cinq ans, il s'est aperçu, tout à fait par hasard, qu'à l'occasion de certains mouvements de membre il se produisait un ressaut et un claquement dans la hanche gauche. A ce moment déjà il constata aussi une ébauche du même phénomène à la hanche droite.

Pour produire le ressaut, B... s'appuie sur la jambe gauche (côté craquant), placée en hyperextension et tenue fortement raidie, et fléchit légèrement le genou du même côté. On entend alors un bruit très net, coïncidant avec le passage en avant du trochanter d'une voussure, limitée par un sillon profond en avant, et par une large dépression en arrière.

L'intensité du bruit peut être réglée à volonté par la force de la contraction musculaire et la brusquerie du mouvement de flexion du genou.

Le ressaut peut encore être produit par la flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin ou par simple rotation externe du membre, mais le poids du corps repose alors sur le mem-

bre droit (côté non craquant). Dans ces mouvements, le ressaut se produit aussi bien, lors du glissement d'arrière en avant du bord antérieur du grand fessier sur le grand trochanter, que lors du glissement inverse; le bruit entendu dans ce dernier cas est même plus intense que dans le premier.

Le phénomène est possible dans la position couchée ou assise, grâce à des mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin ou à des mouvements de rotation externe; il se produit aussi, quand on imprime au membre des mouvements passifs de flexion et d'extension ou de rotation externe, mais à condition seulement que le sujet contracte volontairement ses muscles fessiers.

Le ressaut n'existe pas dans la marche ordinaire, mais B... peut le provoquer en contractant son grand fessier. Il n'est qu'ébauché du côté droit : la main, appliquée à plat, peut le percevoir, mais il ne donne lieu à aucun bruit.

Le phénomène ne s'accompagne d'aucune douleur; cependant, par sa répétition, il amène un certain degré d'engourdissement de la région trochantérienne.

L'examen du sujet au repos ne donne aucun renseignement. La position et la saillie du trochanter sont normales; la palpation ne permet pas de sentir de saillie sur sa face externe.

La radiographie montre un certain allongement du col fémoral à gauche; elle donne aussi la preuve que, pendant le ressaut, la tête reste dans le cotyle.

Il est à noter que, comme dans les observations précédentes, B... présente une très grande souplesse de toutes les articulations et un frottement sous-scapulaire du côté droit.

Observation n° LIX (personnelle). — **Ressaut fessier trochantérien bilatéral.**

L. D..., 22 ans, étudiant en médecine, assez gros. S'est aperçu de tout temps qu'il avait un ressaut dans la hanche droite et qu'il présentait le même phénomène, mais moins accentué, dans la hanche gauche. Il développa peu à peu par l'exercice cette particularité, et il peut produire actuellement le phénomène dans toutes les positions, par mouvements de la jambe (flexion du genou et rotation interne de la jambe), ou par mouvement

du bassin, dans la station debout aussi bien que dans la position couchée.

Il est en outre capable de luxer en arrière ses épaules droite et gauche, mais surtout la droite. L'omoplate restant fixe, le sujet place le bras en adduction et rotation interne et fléchit le coude en le portant un peu en avant ; on voit alors la partie postérieure du deltoïde se soulever : c'est la tête humérale qui sort de la cavité glénoïde. Le sujet peut maintenir ainsi, assez longtemps et sans fatigue, sa tête humérale en subluxation. Il semble bien que ce sont les muscles postérieurs de la capsule humérale qui tirent la tête ainsi en arrière. Quand le sujet relâche ses muscles, la tête revient en place. Dans la position de subluxation, les mouvements d'adduction sont difficiles.

CONCLUSIONS

I. — Il existe deux variétés de Hanche à Ressort :

1° Une *Hanche à Ressort articulaire*, qui jusqu'à présent forme l'exception, due à une subluxation intermittente de la tête fémorale ;

2° Une *Hanche à Ressort périarticulaire*, de beaucoup la plus fréquente, caractérisée par le ressaut du bord antérieur du grand fessier sur un obstacle trochantérien, ressaut perceptible à la vue, à la main et à l'oreille. Le caractère commun de ces deux variétés est un bruit, perceptible à distance, rappelant le « cloc » de la réduction d'une luxation fémorale.

II. — Chacune de ces deux variétés doit être elle-même divisée en deux classes :

1° La *Hanche à Ressort congénitale ;*

2° La *Hanche à Ressort acquise*, consécutive à un traumatisme.

Dans le premier cas, la Hanche à Ressort ne constitue qu'une curiosité ; elle est indolore, bilatérale, volontaire, et ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel, si ce n'est chez quelques nerveux.

Dans le second cas, elle constitue une légère infirmité ; elle est alors douloureuse, unilatérale, involontaire, et s'accompagne de troubles fonctionnels plus ou moins accusés.

III. — La Hanche à Ressort présente des rapports très étroits avec les accidents du travail ou le service militaire. La Hanche à Ressort acquise peut donner droit pour l'ouvrier à une indemnité et une rente variables suivant l'importance des troubles fonctionnels ; plus rarement pour le soldat elle nécessitera la réforme ou le placement dans un service auxiliaire.

Simulée et méconnue, elle risque de faire d'un ouvrier normal un paresseux, ou de priver l'armée d'hommes parfaitement valides.

IV. — Le phénomène de la Hanche à Ressort se produit dans des conditions bien différentes ; soit par des mouvements simples de la jambe, soit par des mouvements plus complexes du bassin ; il peut s'observer dans la marche ou au repos, grâce à des attitudes spéciales du sujet.

V. — Au point de vue pathogénique, nous croyons qu'il faut se garder de systématiser et de vouloir rechercher une théorie unique, s'appliquant à tous les cas. Notre opinion est que le phénomène est sous la dépendance de deux éléments indispensables :

L'un, constant, est formé par le bord antérieur ou tendon du grand fessier contracté sautant sur un obstacle ; l'autre, variable, est constitué par un obstacle trochantérien, que celui-ci soit formé par le trochanter lui-même anormalement saillant, ou par des exubérances et des rugosités de sa face externe, congénitales ou créées par le traumatisme.

VI. — La douleur et la gêne fonctionnelle observées dans la Hanche à Ressort acquise, ou chez certains nerveux dans la Hanche à Ressort congénitale, légitiment une intervention qui se proposera : dans la Hanche à Ressort articulaire de s'opposer à la sortie de la tête fémorale par

des moyens appropriés à chaque cas, et dans la Hanche à Ressort périarticulaire de supprimer le ressaut par fixation du bord antérieur du grand fessier au périoste et aux expansions tendineuses voisines.

VII. — La terminologie de « Hanche à Ressort » prête à une confusion regrettable, le terme servant à désigner surtout la variété dans laquelle la hanche elle-même ne participe pas au phénomène. Nous proposons, en conséquence, sinon de rejeter complètement cette expression imagée et presque consacrée aujourd'hui, du moins de la faire suivre du nom de la variété à laquelle elle s'applique (articulaire ou périarticulaire) ou de ces expressions développées « subluxation intermittente de la tête fémorale » et « ressaut fessier trochantérien. »

Vu : *Le Président de la thèse*,

Reclus.

Vu : *Le Doyen de la Faculté de médecine*,

Landouzy.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. Liard.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Ahern. — Hanche à Ressort, *Bulletin médical de Québec*, 1908, février, n° 6.

Alsberg. — Anat. und klin. Betrachtungen über Coxa vara. *Zeitschs. f. orthop. Chir.* Bd 6, p. 106.

Bayer. — Mit geräuschen verbundenes Schnengleiten des musculus glutœus maximus, erzeugt durch mechanische Lockerung der Schnenanheftung. *Archiv. für klinische Chirurgie*, 1907, Bd., 82, p. 266.

Braun. — Ueber die willkürlichen Verrenkungen des Hüftgelenks, *Archiv. fur klin. Chir.*, 1906, Bd., 80, pp. 526-550, et *Congress des deutschen Gesellschaft fur Chirurgie*, Abt. II., p. 392.

Bruneau. — Auto-observation résumée de Hanche à Ressort, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 11 janv. 1908, p. 38.

Von Brunn. — Ueber die schnellende Hüfte, *Beiträge zür klin. Chir.*, 1908, Bd 58, pp. 121 à 137.

* Von Brunn. — *Deutsche Chirurgie* Stuttgart, 1910, Lief 66, kap. XXX, pp. 589 à 595.

Carlier. — Le Doigt à Ressort, *Thèse de Paris*, 1888-89, article intitulé Cuisse à Ressort, observation n° XXIII, p. 96.

Cluzeau. — La Hanche à Ressort, *Thèse de Bordeaux*, 22 mai 1911.

Cotterill. — Snapping hip and snapping finger. * *Edinburgh medical Journal*, avril 1910, vol. IV, n° 4.
Compte rendu in *Zeitschrift für orthopädische Chirurgie*, 1910, Bd. 26, p. 757.

Dechambre. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Articles Hanche et Fessier.

(1) Tous ces ouvrages ont été contrôlés ou traduits par nous-même. Il s'en trouve cependant quelques-uns qu'il ne nous a pas été possible de nous procurer à la bibliothèque de la Faculté, et que nous n'avons pas pu, par suite, vérifier. Ces ouvrages sont précédés d'un *

Dejouany. — Au sujet de la Hanche à Ressort, *Bullet. de la Soc. de méd. milit. franç.*, séance du 2 juillet 1908, p. 408.

Dossmar. — Hufelandische Gesellschaft, 11 mars 1909, offizielle Protokolle in *Berliner klinische Wochenschrift*, 1909, n° 13, p. 615.

Ferraton. — Hanche à Ressort, ressaut fessier-trochantérien, *Revue d'Orthopédie*, janv. 1905, p. 45.

Fiévet. — *Société anatomo-clinique de Lille*, 21 février 1908.

Fierey et Naveau. — Recherches anatomiques sur la Hanche à Ressort, *Journal des sciences médicales de Lille*, 2 mai 1908.

Frœlich. — *Revue d'Orthopédie*, 1902, pp. 96 et 97.

Fuhr. — Ein Fall von willkürlicher Verrenkung des Humerus, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1892, n° 18, p. 303.

Gaugele. — Die Schnappende Hüfte, *Zeitschrift für orthop. Chir.* Bd. 27, pp. 132-145.

Gross et Heully. — Hanche à Ressort (présentation de malade). *Société de médecine de Nancy*, 25 mai 1910. Compte rendu in *Revue médicale de l'Est*, 1er août 1910, pp. 468-471, et *Revue de Chirurgie*, 1910, t. 42, p. 655.

Guermonprez. — Hanche à Ressort, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1906, nos 19 et 20 (12 et 19 mai), pp. 432-446 et 457-468.

Guibé. — Fractures de la Cavité cotyloïde par enfoncement, *Revue de Chirurgie*, 1904.

Heully. — La Hanche à Ressort, *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1911, p. 575.

Hoffa. — Willkürliche Luxationen des Hüftgelenks, *Handbuch der praktischen Chir.* Von Bergmann. Zw. Aufl. 1903, Bd. 4, p. 487.

M. Horand. — Un cas de Hanche à Ressort. Communication à la *Société de Chirurgie de Lyon*, 21 nov. 1907. Compte rendu in *Lyon médical*, 1907 (1er semestre). t. CIX, p. 1130, et *Revue de Chirurgie*, 1908, p. 100.

R. Horand. — La Hanche à Ressort, maladie de Perrin-Ferraton, *Gazette des hôpitaux*, 26 sept. 1908, n° 110, p. 1311.

W. Kohn. — Ein Beitrag zur Anatomie und Ætiologie der schnellenden Hüfte, *Archiv. für klin. Chir.*, Bd. 93, p. 553.

Kronlein. — Die Lehre der Luxationen, *Deutsche Chirurgie*, 1882, Lief. 26, pp. 107-121.

Kukula. — Zur Pathologie der schnappenden Hüfte, *Wiener klin. Rundschau*, mars 1908, nos 11, 12, 13, pp. 161, 178, 194.

* Kusnetzow. — Sur une altération du grand fessier, etc., *Russki Vratsch*, mai 1907, n° 20, t. VI, p. 670.

Küttner. — Schnellende Hüfte, *Breslauer Chirurgische Gesellschaft*, 13 déc. 1909. Compte rendu in *Berliner klinische Wochenschrift*, 17 janv. 1910, p. 121, et *Zentralblatt für Chirurgie*, 5 fév. 1910, n° 6, p. 198.

Maissiat. — Mémoire sur la station des animaux. *Compte rendu de l'Académie des Sciences*, 1842, p. 362.

Mériel. — Communication à la *Société de Chirurgie de Paris*, séance du 5 nov. 1908 (rapport non encore paru).

A. Mouchet. — *Clinique et Thérapeutique spéciales* (Manuel du praticien), 1906, pp. 56, 57 (Paulin, éditeur).

A. Mouchet. — Communication de la *Société de Chir.*, séance du 24 mai 1911.

Mouchet et Maugis. — La Hanche à Ressort. *Paris Médical*, 20 mai 1911, n° 25, pp. 575-586.

Ch. Nélaton. — Un nouveau procédé de traitement de la Hanche à Ressort. Communication à l'*Académie de médecine*, 5 nov. 1907, compte rendu in *Archives générales de Chirurgie*, 1908, p. 56.

Ch. Nélaton. — Procédé opératoire applicable au traitement de la Hanche à Ressort. *Revue d'Orthopédie*, n° 3, 1er mai 1911, p. 275.

Pagnier. — *Bulletin de la Société de méd. milit. franç.*, 19 déc. 1907, n° 19, p. 702.

Pagnier. — *Bullet. de la Soc. de méd. milit. franç.*, 2 avril 1908, n° 7, pp. 230-232.

Perrin. — Luxation traumatique suivie de luxation volontaire du fémur droit. Remarques au sujet des luxations volontaires. *Bulletin de la Société de Chir. de Paris*, séance du 27 juillet 1859, p. 12, et *Gazette des hôpitaux*, 1859, pp. 367 à 379.

Picqué. — Au sujet de la Hanche à Ressort. *Bullet. de la Soc. de méd. milit. franç.*, séance du 21 mai 1908, n° 10, p. 327.

Poiffaut. — La Coxa vara, *Thèse de Paris*, 1905-06, p. 16.

Poirier. — *Traité d'Anatomie humaine*, t. I et II.

Preiser. — Ueber die Arthritis deformans coxæ, *deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 89, p. 540.

Preiser.—Ein Fall von doppelseitiger Schnappender Hüfte,etc. *Zeitschrift für orthop. Chirurgie*, 1907, Bd. 18, pp. 112, 120.

Pupovac. — Zur Kenntniss der sogenaunten schnellenden Hüfte. *Wiener. klin. Wochenschrift.*, mai 1908, Bd 21, p. 681.

Rocher. — Présentation de malade à la *Société d'anatomie de Bordeaux*, 5 juin 1905. Compte rendu in *Journal de méd. de Bordeaux*, 23 juillet 1905.

Rocher. — Deux cas de Hanche à Ressort. *Société de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux*, 26 octobre 1906. Compte rendu in *Journal de méd. de Bordeaux*, 1906.

Rocher. — « Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle fessier, etc... » *Journal de méd. de Bordeaux*, octobre 1909, pp. 536, 678, 694.

Rocher. — La Hanche à Ressort. *Gazette des hôpitaux*, 14 mars et 21 mars 1911, nos 30 et 33, pp. 445 et 493.

* Schepers.— Ueber den Tractus cristo-fémoralis. *Inaug. dissertat., Berlin*, mars 1910, n° 132.

Schœmaker. — Hysterische Hüfthaltung, etc... *Zeitschrift für orthop. Chir.*, 1901. Bd 8, p. 444.

Staffel. — Ueber die Schnellende Hüfte. *Archiv. für klin. Chir.*, 1909. Bd., 91, pp. 49-64.

Testut. — *Traité d'Anatomie humaine*, t. I.

Thiéry. — « Un cas de Hanche à Ressort par ostéome musculaire » *22e Congrès français de Chirurgie*, 5 octobre 1909, pp. 293 à 296.

Toussaint. — « Cuisse à Ressort par exostose de croissance. » *Bullet. de la Soc. de méd. milit. franç.*, 1908, p. 92.

Zur Verth. —« Die schnappende Hüfte (Luxatio tractus cristo-femoralis) ». *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1909. Bd. 98, pp. 47-62.

* Voelker. — *Beiträge zur klin. Chir.*, 1911, Bd., 72, p. 619.

* Wertheim-Salomonson. — « Hysterische heuphonding met Scoliose », *Nederlandsche tydschrift.voor Geneeskunde*, 3 février 1900.

Willige. — « Willkürliches Auskugeln der Gelenke ». *Verein, der Aerzte im Halle.* A. S., 15 décembre 1909. *Münchener medizin. Wochenschrift*, 15 mars 1910, n° 11, p. 607.

X... — « La Hanche à Ressort ». *Semaine médicale*, 4 septembre 1907, n° 36, p. 424.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 5

Introduction 6

CHAPITRE PREMIER. — **Définition** 8

CHAPITRE II. — **Historique** 11

CHAPITRE III. — **Etiologie** 19

CHAPITRE IV. — **Types cliniques** 24

CHAPITRE V. — **Tableau clinique** 28

I. — Hanche à Ressort périarticulaire 28

II. — Hanche à Ressort articulaire 40

CHAPITRE VI. — **La Hanche à Ressort et la simulation. Ses rapports avec les accideuts du Travail** 43

CHAPITRE VII. — **Anatomie** 48

CHAPITRE VIII. — **Pathogénie et Anatomie pathologique** ... 56

I. — Hanche à ressort articulaire 56

II. — Hanche à ressort périarticulaire 60

CHAPITRE IX. — **Diagnostic** 75

CHAPITRE X. — **Evolution. Durée. Pronostic** 79

CHAPITRE IX. — **Traitement** 81

Observations 88

I. — Hanche à ressort articulaire 88

II. — Hanche à ressort périarticulaire 94

Conclusions 149

Bibliographie 152

Poitiers. — Imp. BLAIS et ROY 7, rue Victor-Hugo.